

Rocío
Romo
Dudes



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde

Materna e Obstetrícia

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

**DIÁSTASIS DE LA SÍNFISIS PÚBLICA:
IMPLICACIONES EN EL PROCESO DE
MATERNIDAD**

DIÁSTASIS DE LA SÍNFISIS PÚBLICA: IMPLICACIONES EN EL PROCESO DE MATERNIDAD

Rocío Romo Dudes

Porto - 2017

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

**DIÁSTASIS DE LA SÍNFISIS PÚBLICA:
IMPLICACIONES EN EL PROCESO DE
MATERNIDAD**

**Con la orientación de la
Professora Doutora Cândida Koch**

Rocío Romo Dudes

“Aceptar tus errores con humildad, expresa tu madurez. Aprender de ellos con responsabilidad, expresa tu sabiduría”. (Dr. Cesar Lozano).

AGRADECIMIENTOS

Quiero dar las gracias con el corazón a **todas las Professoras del Mestrado** por los muchos conocimientos que me han transmitido a lo largo de los dos años del mismo con su indudable preparación.

A mi tutora **Professora Doutora Cândida Koch** le doy las gracias por su orientación y colaboración a lo largo de este trabajo que para mí ha sido dificultoso debido al idioma y en lo que ella me ha ayudado mucho corrigiendo mi trabajo en español.

Especialmente, mi mayor agradecimiento y cariño, a la **Professora Doutora Marinha do Nascimento Fernandes Carneiro** por todo lo que me ha apoyado en los momentos difíciles de esta andadura, por los ánimos transmitidos y por la confianza que ha depositado en mí.

También estoy profundamente agradecida a mi orientadora de estágio, **Professora Irene Cerejeira, Enfermera Jefe del Servicio de Obstetricia del “Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim/Vila do Conde”** así como a todo su equipo de excelentes profesionales por los conocimientos y técnicas que han sabido enseñarme con mucha paciencia, cariño e interés.

A mi familia, que en todo momento me ha ayudado apoyándome y animándome siempre a conseguir este sueño.

A mis compañeras de Escuela y de piso, **Carmen, Natalia y Laura** con las que he compartido la experiencia de estudiar lejos de nuestro país, de nuestra casa, de nuestras costumbres, con otro idioma, mi familia en Portugal sin lugar a dudas.

A la **Dra. M^a Inmaculada García García, Especialista en Microbiología y Parasitología del Servicio de Microbiología del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca (España)**, gran profesional y amiga desde mi infancia, sin cuya ayuda y directrices no me hubiera sido posible realizar este relatório de estágio. Gracias por aportarme su experiencia, conocimientos y apoyo en el desarrollo de este trabajo.

RESUMEN

El objetivo prioritario del presente relatório es la descripción de las diversas habilidades y competencias desarrolladas en el ámbito del Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (MESMO) en los diversos contextos de la práctica clínica, siguiendo las directrices del Regulamento das Competências dos Cuidados Especializados da Ordem dos Enfermeiros (OE) y de acuerdo con lo establecido para el segundo ciclo de Estudios Superiores en la Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), cuyos objetivos son: desarrollar la autonomía profesional en el cuidado de la salud materna y obstétrica; planificar, ejecutar y evaluar los resultados de la intervención respecto a los cuidados de enfermería; garantizar la información, orientación, asesoramiento y atención centrada en la pareja y en la familia; desarrollar habilidades que promuevan prácticas de autonomía para el ejercicio de la función parental; aumentar la pluralidad cultural de la atención, teniendo en cuenta el respeto a los diferentes patrones de crecimiento y conocimiento; demostrar competencia en investigación, cuestionando prácticas, contextos y procesos de atención de enfermería en el ámbito de la salud materna y obstétrica; utilizando como instrumento para establecer planes de cuidados la Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería (CIPE) del año 2011, demostrando así elevados niveles de juicio clínico y toma de decisiones.

Las prácticas profesionalizantes realizadas durante el segundo año para la adquisición de estas competencias y habilidades abarcan tres áreas de intervención específicas: embarazo con complicaciones, trabajo de parto y parto así como posparto, parentalidad y recién nacido, habiendo sido realizadas en instituciones públicas del distrito de Porto, con un total de 900 horas. Las intervenciones llevadas a cabo durante todo el proceso estuvieron basadas en la Evidencia Científica, realizando un análisis crítico para la elección de las intervenciones y cuidados específicos más adecuados para cada paciente.

Respecto al trabajo de investigación que se debe realizar sobre un tema que durante las prácticas haya llamado la atención y/o despertado interés, hemos optado por realizar una revisión integrativa de la literatura existente acerca de una patología/complicación que puede aparecer en cualquiera de las fases que engloban todo el proceso de maternidad/tornarse madre **“Diástasis de la Sínfisis Púbrica (DSP): Implicaciones en el Proceso de Maternidad”**, por ser un proceso directamente involucrado en el transcurso del ciclo reproductivo y que puede surgir tanto en el embarazo como en el parto o en el puerperio.

Palabras Clave: Embarazo, Diástasis y Sínfisis Púbrica.

ABSTRACT

The main objective of this report is to describe the different skills and competencies developed in the scope of the Masters in Maternal and Obstetrical Nursing Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (MESMO) in various contexts of clinical practice, following the guidelines of the Regulamento das Competências dos Cuidados Especializados da Ordem dos Enfermeiros (OE), and according to the established content for the second cycle of Higher Studies at the Nursing School of Porto (Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), whose objectives are: To develop professional autonomy in maternal and obstetric health care, and to plan, carry out and evaluate the results of the intervention regarding nursing care, To safeguard the quality of the information, guidance, counselling and care focused on the couple and the family, To develop skills that promote autonomy in practices in the exercise of parental responsibilities, To increase the cultural plurality of care, taking into account respect for different patterns of growth and learning, To demonstrate competence in research, questioning practices, contexts and processes of nursing attention in the field of maternal health and obstetrics, using the International Classification for Nursing Practice (CIPE) of 2011 as an instrument to establish care plans, thus demonstrating high levels of clinical judgment and decision making.

The practices carried out during the second year for the acquisition of these professional skills and abilities, cover three specific areas of intervention: Pregnancy with complications, Labour, Postnatal, parenting and newborn care. All practice was carried out in public institutions of the district of Porto, with a total of 900 hours, the interventions carried out throughout the process were based on the Scientific Evidence, and after a critical analysis for the choice of the most appropriate interventions and specific care for each patient.

With regard to the research work that the student must carry out on a subject that during the practice has attracted their attention and/or aroused their interest, we have chosen to perform an Integrative Review of the existing literature regarding a pathology or complication that may appear in any of the phases that encompass the entire process of motherhood or becoming a mother: **“Diastasis of the Symphysis Pubic (DSP): Implications in the Maternity Process”** because it is an area directly involved in the process of reproduction and an alteration that can arise both in pregnancy and childbirth or in the puerperium.

Key-words: Pregnancy, Diastasis and Pubic Symphysis.

LISTA DE ABREVIATURAS/SIGLAS

ACOG: *American College of Obstetricians and Gynecologist.*
AU: *Altura Uterina.*
CHPV/VC: *Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim/Vila do Conde.*
CIPE: *Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería.*
CMIN: *Centro Materno-Infantil do Norte.*
CTG: *Cardiotocografía.*
DG: *Diabetes Gestacional.*
DGS: *Direcção-geral da saúde.*
DM: *Diabetes Mellitus.*
DPPNI: *Desprendimiento Prematuro de la Placenta Normalmente Insertada.*
DSP: *Diástasis de la Sínfisis Púlica.*
EESMO: *Enfermero Especialista en Salud Materna y Obstetricia.*
ESEP: *Escola Superior de Enfermagem do Porto.*
FCF: *Frecuencia Cardíaca Fetal.*
FIGO: *Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia.*
HAM-A: *Escala de Evaluación de Ansiedad.*
HTA: *Hipertensión Arterial.*
ICNP: *International Classification of Nursing Practice.*
MESMO: *Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.*
OE: *Ordem dos Enfermeiros.*
OMS: *Organización Mundial de la Salud.*
OCI: *Orificio Cervical Interno.*
PA: *Presión Arterial.*
PBE: *Práctica Basada en la Evidencia.*
PCR: *Proteína C-Reactiva.*
PEG: *Pequeño para Edad Gestacional.*
PP: *Placenta Previa.*
RCIU: *Restricción del Crecimiento Intra-Uterino.*
RN: *Recién Nacido.*
RPM: *Rotura Prematura de Membranas.*
SAS: *Servicio Andaluz de Salud.*
SEGO: *Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.*
SNC: *Sistema Nervioso Central.*
SP: *Sínfisis Púlica.*
TP: *Trabajo de Parto*
VIH: *Virus de la Inmunodeficiencia Humana.*

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN.....	19
1. ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL ÁMBITO DE EMBARAZO CON COMPLICACIONES.....	23
2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL ÁMBITO DE TRABAJO DE PARTO Y PARTO.....	39
2.1. DIÁSTASIS DE LA SÍNFISIS PÚBLICA: IMPLICACIONES EN EL PROCESO DE MATERNIDAD. REVISIÓN INTEGRATIVA DE LA LITERATURA.....	56
2.1.1. INTRODUCCIÓN.....	56
2.1.2. MATERIAL Y MÉTODO.....	65
2.1.3. RESULTADOS.....	67
2.1.4. DISCUSIÓN.....	73
2.1.5. CONCLUSIÓN DE LA REVISIÓN INTEGRATIVA.....	77
3. ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL ÁMBITO DEL PERIODO POSPARTO, RECIÉN NACIDO Y PARENTALIDAD.....	79
4. ANÁLISIS CRÍTICO-REFLEXIVO SOBRE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE LA PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA ADQUISICIÓN DE LAS COMPETENCIAS.....	99
5. CONCLUSIÓN.....	103
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	105

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1.- Patologías/Factores que suponen embarazo de riesgo alto.....	25
Cuadro 2.- Patologías/Factores que suponen embarazo de riesgo muy alto.....	26
Cuadro 3.- Casos descritos en los artículos más relevantes.....	69

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.- Maniobra de McRoberts (Reyes, M.E., et al., 2014).....	60
Figura 2.- Radiografía convencional con diástasis de la sínfisis (Parker, J.M. y Bhattacharjee, M., 2009).....	60
Figura 3.- Cinturón pélvico (Herren, C., et al., 2015).....	61
Figura 4.- Algoritmo para el diagnóstico y tratamiento de la DSP (Herren, C. et al., 2015).....	63

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1.- Embarazadas con bajo y con medio/alto riesgo asistidas en la práctica clínica.....	38
Gráfico 2.- Número de partos ejecutados y participados en la práctica clínica.	55
Gráfico 3.- Distribución de los estudios buscados.....	68
Gráfico 4.- Distribución de los estudios consultados de acuerdo con su tipo.....	68
Gráfico 5.- Diástasis (cm) y número de casos.....	72
Gráfico 6.- Tipos de tratamiento de la DSP.....	72
Gráfico 7.- Número de puérperas y RN de bajo riesgo y de medio/alto riesgo atendidos en la práctica clínica.....	97

INTRODUCCIÓN

En el presente relatório, que será objeto de análisis y discusión pública, se describen las actividades realizadas para el desarrollo de habilidades y competencias para el ejercicio especializado en la enfermería obstétrica, con el objetivo de alcanzar la excelencia en los cuidados.

Para la adquisición del grado académico de Máster fue necesaria la realización de unas prácticas de naturaleza profesionalizante, además de la elaboración/presentación de un relatório de actividades y discusión. El relatório de actividades cuenta con dos grandes componentes: uno de ellos describe el proceso de obtención de las habilidades y competencias que debe alcanzar el Enfermero Especialista en Salud Materna y Obstetricia (EESMO), basadas en el Reglamento de Competencias como Enfermeros Especialistas que presenta la OE, en Portugal. El otro gran componente de este relatório lo integra la descripción de un proceso de investigación sobre una temática relacionada con la práctica clínica que se haya tenido como experiencia a lo largo de las prácticas y realizar una revisión integrativa de la literatura al respecto. La temática escogida en este sentido fue la “Diástasis de la Sínfisis Púbrica y las implicaciones que tiene en el proceso de maternidad”. La razón por la que se eligió esta temática fue el haber tenido la experiencia de observar un caso de diástasis de la sínfisis púbrica en una púrpura que acudió al servicio de urgencias del hospital por referir dolor agudo en la sínfisis púbrica produciéndole una impotencia funcional casi absoluta.

A través de los conocimientos adquiridos a lo largo de nuestra formación, de la experiencia conseguida durante las prácticas clínicas y de la realización del presente Relatório de actividades, nos fue posible conciliar el conocimiento teórico y el práctico, demostrando haber adquirido las habilidades específicas y necesarias que establecen los Patrones de la Calidad de los Cuidados Especializados en Enfermería de Salud Obstétrica y Ginecológica que recoge la OE, 2011, demostrando unos altos niveles de juicio clínico y toma de decisiones basándonos siempre en la mejor evidencia científica disponible. En el desarrollo de este Relatório queda patente que la Práctica Basada en la Evidencia (PBE) es esencial para la consecución de la excelencia de los cuidados, aspecto que ha sido transversal a todos los servicios en los que hemos desarrollado nuestra práctica clínica, así como para la elaboración de este relatório de actividades, el cual se realiza con los

siguientes objetivos: demostrar competencias en el área de investigación científica, cuestionando las prácticas y los procesos de cuidados específicos de la Enfermería Obstétrica y Ginecológica, demostrar competencias en relación al cuidado de la pareja y familia, respetando su ideología y demostrar competencias en la elaboración de planes de cuidados a la pareja en las diferentes áreas en las que el EESMO tiene capacidad de intervenir.

Se espera por tanto que el EESMO se muestre independiente y actúe con autonomía en situaciones de bajo riesgo, siempre bajo las instrucciones y supervisión de las tutoras, que fomentaron el pensamiento crítico para la consecuente toma de decisiones en todas las situaciones y contextos diferentes con los que nos encontramos durante esta andadura.

El EESMO debe llevar a cabo intervenciones diferenciadas, acompañando a la familia durante todo el proceso de transición y adaptación a la parentalidad, ofreciendo en todo momento un trato individualizado y adaptado a los valores y cultura de cada familia.

Además, cabe destacar que durante toda la práctica clínica utilizamos un instrumento indispensable en nuestra profesión: los registros. Todas las intervenciones realizadas fueron siempre registradas, así como el plan de cuidados individualizado elaborado para cada paciente, ya que todo lo que no se registra se considera que no fue realizado. Registrar consiste en dejar un testimonio del transcurso de cada turno, lo que ocurrió, fue referido y fue realizado. Es por medio de este instrumento que la Enfermería garantiza la continuidad de los cuidados, pudiendo llevar a cabo un seguimiento de la evolución de cada paciente gracias a los datos registrados y sirviendo como método de comunicación entre los profesionales de las observaciones, decisiones, intervenciones y resultados obtenidos (ICNP, 2015).

El desarrollo de la práctica clínica tuvo una duración total de 900 horas, distribuidas en tres servicios diferenciados: embarazo con complicaciones, trabajo de parto y parto y atención en el periodo posparto, parentalidad y Recién Nacido (RN). A pesar de que las prácticas no fueron realizadas en este orden, preferimos colocarlas en el orden cronológico en que suceden, para facilitar de este modo la lectura y comprensión del presente trabajo.

En relación a la revisión integrativa de la literatura que exponemos sobre la DSP y sus implicaciones en el proceso de maternidad, ésta nos llevó a la conclusión de que nos parece importante resaltar la necesidad de llevar a cabo más investigaciones relacionadas

con ésta patología ya que existen pocos estudios clínicos sobre esta temática, encontrando además, discrepancia entre ellos. La necesidad de una mayor investigación al respecto viene dada porque se trata de una patología que, aunque poco frecuente, cuando aparece produce una significativa morbilidad que compromete la movilidad diaria y la calidad de vida de la embarazada, parturienta y/o puérpera, amenazando además su salud emocional. Creemos que la realización de actividades e intervenciones como una buena anamnesis, una exploración física adecuada y la realización de los estudios de imagen adecuados son necesarios para el reconocimiento de esta patología. Por ello nos parece importante que el EESMO adquiera conocimientos sobre esta patología y poder adoptar así una actitud expectante y de vigilancia, con el objetivo de detectar precozmente los signos y síntomas tempranos (dolor suprapúbico y comprometimiento de la funcionalidad) que hacen sospechar la posible presencia de una DSP. Asimismo el EESMO debe evitar realizar dos maniobras intraparto que constituyen un factor de riesgo para padecer este tipo de lesiones: la maniobra de McRoberts y la maniobra de Kristeller.

1. ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL ÁMBITO DE EMBARAZO CON COMPLICACIONES

El embarazo se inicia en el momento de la fecundación y termina con el nacimiento. La prevención y detección precoz de las complicaciones constituye uno de los objetivos de la vigilancia del embarazo. Esta vigilancia debe comenzar desde el primer momento del conocimiento del embarazo realizándose una evaluación a la gestante mediante un examen objetivo, pruebas de laboratorio y ecográficas para determinar si presenta condiciones y/o características que la expongan a ella o al feto a la posibilidad de enfermar durante el embarazo (factores de riesgo). Además se realizarán controles periódicos a lo largo de toda la gestación, según el estado de la mujer y el criterio médico, para detectar precozmente anomalías y asegurar un embarazo sano.

Un embarazo normal supone que el feto, implantado dentro del útero materno, se desarrolla de forma natural sin ningún tipo de problema. El Comité de Aspectos Éticos de la Reproducción Humana y la Salud de las Mujeres de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) definió en 2007 el embarazo como *“la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del conceptus en la mujer”*.

En cambio, un embarazo con complicaciones es aquel en el que se originan problemas de salud para la madre, para el feto, o para ambos en cualquier momento del embarazo. Para poder definir a una gestación de riesgo, primero es necesario definir qué es un factor de riesgo obstétrico. Se denomina factor de riesgo obstétrico a la *“característica o circunstancia social, médica, obstétrica, o de otra índole que incidiendo en una o más gestaciones, se asocia con una morbilidad y mortalidad perinatal superior a la de la población general”* (SEGO, 2010). Algunas mujeres tienen problemas de salud anteriores al embarazo que podrían causar complicaciones durante el embarazo, o que se pueden agravar con el mismo. Otras veces los problemas aparecen durante el curso del embarazo.

Los objetivos que debe alcanzar el EESMO, en el contexto de la práctica clínica, en embarazo con complicaciones se encuentran recogidos en la competencia *“Cuidado de la mujer insertada en la familia y comunidad durante el período pre-natal”*. Estos objetivos comprenden:

“Promover la salud de las mujeres durante el período pre-natal y en situación de aborto”.

“Diagnosticar precozmente y prevenir complicaciones en la salud de las mujeres durante el período pre-natal y en situación de aborto”.

“Prestar cuidados a las mujeres y facilitar su adaptación, durante el período pre-natal y en situación de aborto” (OE, 2011 p. 4).

Cada embarazo es diferente, incluso en una misma mujer. Los embarazos se clasifican de acuerdo con la historia clínica de la embarazada, de sus antecedentes personales y sus hábitos de vida, así como de los factores que condicionan el embarazo y pueden ocasionar un riesgo para la madre y/o el feto. La clasificación del riesgo se realiza para determinar la atención necesaria en el embarazo, el parto y el puerperio (SEGO, 2010). Las complicaciones de salud suponen un “Embarazo de Riesgo” que en base a su gravedad se clasifican como:

1) Embarazo de riesgo bajo: se define un embarazo de bajo riesgo aquel que tiende a ser normal por presentar evidencias de tener las condiciones óptimas para asegurar el bienestar a la madre y al feto y carecer de antecedentes patológicos o epidemiológicos que aumenten la probabilidad de que la madre o el feto desarrollen una enfermedad (HAN, 2012). No obstante, la ausencia total de riesgo no existe ya que puede darse la aparición de algún factor imprevisible que complique el desarrollo de un embarazo que en principio parecía normal. Las complicaciones que aparecen en embarazos en los que no se han detectado factores de riesgo suponen el 25% del total de las complicaciones detectadas en los embarazos, por lo cual no se puede calificar un embarazo sin riesgo, sino de riesgo bajo.

2) Embarazo de riesgo medio: engloban todas las situaciones que presentan algún problema físico, malos hábitos, condiciones o alguna patología que aunque pueda no ocasionar problemas en el embarazo de una forma evidente, sí obliga a un tipo de control específico aunque no necesite recursos muy especializados (*Ibidem*). Respecto al diagnóstico y seguimiento de este tipo de embarazos, es suficiente, generalmente, la atención prestada por el personal de obstetricia y el equipamiento que existe en los centros de atención primaria. Para la atención del parto en estos casos, es suficiente el equipo y material existente en los hospitales básicos (*Ibidem*).

3) Embarazo de riesgo alto: se define como embarazo en el que la posibilidad de enfermedad o muerte del feto y/o de la madre antes o después del parto es mayor a la habitual. Significa que la mujer tiene más probabilidades de presentar complicaciones debido a las condiciones de su embarazo, a su estado de salud anterior o su estilo de vida, o

como consecuencia de factores externos. Muchas veces, las complicaciones se producen de forma inesperada y pueden aparecer sin que haya indicios previos. Otras veces, hay ciertos factores de riesgo que aumentan la posibilidad de que haya problemas (HAN, 2012).

A las gestantes que presentan factores de riesgo, tales como para ser considerados “embarazos de alto riesgo” puede aumentarles la posibilidad de tener complicaciones durante la gestación o en el parto, aumentando la probabilidad de mayor morbilidad y mortalidad perinatal. Este tipo de complicaciones a veces necesitan una atención y recursos sanitarios que normalmente no están disponibles en los centros de atención primaria y por tanto se derivarán a un nivel asistencial hospitalario (*Ibidem*). Estas patologías/factores que suponen gravidez de riesgo alto se especifican en el Cuadro 1.

Cuadro 1. Patologías/Factores que suponen embarazo de riesgo alto.

Patología/Problema
Anemia grave
Gemelos/mellizos
Cirugía uterina previa
Diabetes gestacional
Abortos, partos prematuros
Hepatitis B
Hepatitis C
Toxoplasmosis
Pielonefritis
Sífilis
Rubeola
Herpes primario genital
VIH
Obesidad mórbida (IMC > 40)
Hipertensión gestacional / Preeclampsia / eclampsia
Sospecha de malformación fetal

4) Embarazos de riesgo muy alto: Son aquellos en los que existen factores que aumentan de forma significativa la posibilidad de que aparezcan complicaciones durante la gestación o el parto para las que serán necesarios recursos sanitarios muy especializados. Generalmente el seguimiento de estos embarazos así como la atención en el parto se realiza en hospitales de alta tecnología teniendo siempre en cuenta que depende del factor de riesgo que exista tanto en la madre como en el bebé (HAN, 2012). Estas patologías/factores que suponen gravidez de riesgo muy alto se especifican en el Cuadro 2.

Cuadro 2. Patologías/Factores que suponen un embarazo de riesgo muy alto.

Patología/Problema
Amenaza de parto prematuro (antes de la 37 semana)
Diabetes (pregestacional) 1 o 2
Drogadicción o alcoholismo (consumo habitual)
Gestación múltiple (más de 3 fetos)
Malformación congénita del útero
Defecto congénito fetal confirmado (por diagnóstico prenatal)
Placenta previa (insertada parcial o totalmente en el segmento inferior del útero)
Preeclampsia grave >20 s. gestación TAD > 110mm Hg, >20 s. gestación TAS > 160 mm Hg
Rotura prematura de la bolsa amniótica
Crecimiento intrauterino retardado (velocidad de crecimiento del feto inferior a la esperada)

En el transcurso de nuestra práctica clínica, las patologías que hemos encontrado con mayor frecuencia han sido:

- Restricción del Crecimiento Intra-Uterino (RCIU).
- Enfermedad hipertensiva (Preeclampsia/Eclampsia).
- Diabetes gestacional (DG).
- Placenta previa (PP).
- Amenaza de parto prematuro.
- Colestasis del embarazo.
- Cólico renal.
- Pielonefritis.

➤ Hiperémesis del embarazo.

De todas estas patologías descritas y para la realización del presente relatório, optamos por hablar de forma más profunda de tres de ellas, ya que fueron las que aparecieron con mayor frecuencia y para no hacer el documento tan exhaustivo en su lectura:

- Restricción de Crecimiento Intrauterino (RCIU) (23 embarazadas).
- Enfermedad hipertensiva (Preeclampsia/Eclampsia) (31 embarazadas).
- Placenta previa (PP) (26 embarazadas).

Restricción del crecimiento intrauterino.

Significa el crecimiento deficiente de un feto mientras se encuentra en el útero materno durante el embarazo. “La deficiencia en el crecimiento fetal implica un fracaso del feto para alcanzar todo su potencial de crecimiento establecido genéticamente” (Pimiento Infante, L.M. y Beltrán Avedaño, M.A., 2015).

Este potencial de crecimiento del feto que varía de acuerdo con las características de la madre como talla, peso, raza, paridad, condiciones nutricionales, también está afectado por otros factores como consumo de tabaco, diabetes, trastornos hipertensivos, y otras patologías maternas como la prematuridad (Gardosi, J., 2009).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a los recién nacidos con RCIU como aquellos que al nacer presentan un peso inferior al percentil 10 para su edad gestacional. Si no hubiera posibilidad de saber la edad gestacional, un peso inferior a 2500 gramos se consideraría bajo.

Es necesario explicar que el término RCIU es diferente al término “recién nacido pequeño para la edad gestacional” (PEG). Así, se consideran recién nacidos PEG, los que tienen bajo peso o talla al nacer de al menos dos desviaciones estándar por debajo de la media para su edad gestacional. El término RCIU solo sería acertado utilizarlo si existen referencias de al menos dos valoraciones del crecimiento intrauterino. En cambio el término PEG es utilizado sin necesidad de tener datos sobre el crecimiento intrauterino (Boguszewski, M., et al., 2012). El deficiente crecimiento del feto durante el embarazo se relaciona con una mayor morbilidad perinatal, como resultado de los cambios fisiopatológicos que originan esta situación, así como la prematuridad asociada a su

manejo. La vigilancia y el diagnóstico durante la atención prenatal son fundamentales para disminuir su impacto a medio y largo plazo. En el crecimiento normal del feto están implicados varios factores: maternos, fetales y placentarios. El comportamiento normal de estos factores permite al feto obtener una talla y peso adecuados.

Para poder diagnosticar adecuadamente una RCIU es fundamental realizar el cálculo de la edad gestacional por medio del calendario, de la regla de Naëgele o la primera ecografía.

Una de las prácticas más usadas por el EESMO para conocer el crecimiento fetal en el embarazo, es la medición de la altura uterina (AU), que consiste en medir en cm con una cinta métrica la distancia existente desde el extremo superior del pubis hasta el fondo del útero, permitiendo conocer si la estatura y el peso del feto se desarrollan normalmente. La AU aumenta conforme va avanzando el embarazo. Esta medición se realiza a partir de las 24 semanas de gestación, y para llevarla a cabo de forma correcta la gestante debe colocarse en posición semisentada, con las rodillas flexionadas ligeramente y con la vejiga vacía. Sin embargo, en ocasiones, el resultado alcanzado puede falsearse por la existencia de otros factores como la presencia de fibromas en el útero, un embarazo gemelar, e hidramnios, entre otros (Larousse del Embarazo, 2009).

La prueba estándar para valorar el crecimiento del feto es la ecografía rutinaria conjuntamente con tablas de crecimiento adaptadas al tipo de población estudiada. Las mejores tablas de crecimiento, para usarlas como referencia, son las desarrolladas con datos locales propios de la población que se estudia, idealmente con curvas de peso fetal y no neonatal (Chahuan, S., et al., 2009).

La ecografía Doppler es otra de las herramientas importante en la detección, diagnóstico y seguimiento de los fetos con RCIU que permite identificar cada vez más tempranamente marcadores que ofrecen información pronóstica utilizada para reducir los resultados negativos a corto y largo plazo. La relación cerebro/placenta es el marcador que mejor se correlaciona con este tipo de resultados.

Según Gardosi, (2009), cit en Pimiento Infante y Beltrán Avedaño, (2015), la RCIU está clasificada en la actualidad según el grado de severidad y de acuerdo con el momento de inicio. Así encontramos varios tipos:

- RCIU severo: Fetos que tienen un peso estimado por debajo del percentil 3 de su edad gestacional. Este grupo es el que tiene peor pronóstico y aumenta la morbilidad y mortalidad perinatal.
- RCIU temprano: Aparece antes de la semana 32 de gestación, se ha relacionado estrechamente con la prematuridad, la preeclampsia y las alteraciones a nivel placentario.
- RCIU tardío: Es la forma más frecuente, aparece después de la semana 32, también se asocia a enfermedad de la placenta, pero en menor grado que el grupo de RCIU temprano.

Una vez sospechado el RCIU se realizarán ecografías seriadas, cada 7-15 días, valorando la biometría fetal y la cantidad de líquido amniótico. Es importante descartar una posible existencia de malformaciones, sobre todo si se trata de un RCIU precoz. Cuando el RCIU se asocia a una malformación es recomendable hacer un cariotipo fetal, ya que en más del 30 % de estos fetos se confirma una cromosomopatía.

No existe ninguna evidencia de que el reposo hospitalario comporte ningún beneficio en los resultados perinatales. No obstante, recomendamos a las embarazadas con RCIU el reposo relativo. El tiempo óptimo de terminación de un RCIU implica la consideración cuidadosa de la severidad de la restricción del crecimiento y su bienestar, junto a la edad gestacional. Tampoco hay un consenso acerca de la mejor opción entre mantener el feto en un ambiente hipóxico/acidótico y un parto muy prematuro. En líneas generales, la terminación de la gestación de un feto con RCIU se realiza según los siguientes condicionantes: a término, cuando se documente la madurez pulmonar, si se objetiva una pérdida del bienestar fetal o si la situación materna aconseja la terminación de la gestación. La mejor medida terapéutica en el tratamiento de esta patología es la finalización del embarazo en el momento más adecuado. No hay razón para realizar una cesárea sistemática en los casos de RCIU, ya que las dos terceras partes de los fetos con esta patología toleran bien el trabajo de parto. Los objetivos marcados durante el trabajo del parto son evitar o disminuir la hipoxia y el traumatismo fetal y obtener un recién nacido lo más saludable posible. Las indicaciones y contraindicaciones de la inducción del parto en los RCIU son las mismas que en la gestación normal. El control durante el parto no difiere del control que se efectúa en cualquier parto de riesgo. Es fundamental que estos recién nacidos reciban una adecuada atención inmediatamente tras el parto. Por tanto, es muy

importante que en el paritorio esté presente personal especializado en la atención de recién nacidos de riesgo (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2009).

Varias han sido las estrategias que se han utilizado en la prevención y manejo del RCIU, pero al día de hoy sólo el tratamiento con ácido acetilsalicílico (aspirina) en bajas dosis (100mg/día), iniciado antes de la semana 16 del embarazo en mujeres con riesgo de preeclampsia, ha producido beneficios de interpretación variable. Tampoco se ha demostrado que el suplemento alimenticio de la madre o el reposo favorezcan de forma clara el crecimiento fetal (Bujold, E., et al., 2010; Friedman, A. y Cleary, K., 2014).

Actualmente se propone llevar a cabo un protocolo de seguimiento y manejo basándose en la clasificación del RCIU por estadios, brindando facilidad en cuanto a toma de decisiones, principalmente a la hora de finalizar el embarazo, y disminuye, a su vez, la variedad existente en cuanto al manejo en la práctica clínica (Pimiento Infante, L.M. y Beltrán Avendaño, M.A., 2015). Diversos abordajes son habitualmente propuestos para la actuación en una gestación con RCIU, sin embargo no existe ningún tratamiento efectivo para estimular el crecimiento fetal. De entre estas conductas podemos citar: el suplemento de la nutrición materna, medicaciones suministradas a la embarazada como, por ejemplo, el ácido acetilsalicílico en bajas dosis y óxido nítrico. El suplemento de oxígeno demostró ser efectivo en el aumento de la tensión de oxígeno fetal y mejora el bienestar transitorio fetal, pero los beneficios a largo plazo aún no fueron notados. El reposo también ha sido recomendado, pero no existen evidencias que comprueben cualquier efecto en el crecimiento fetal (Moreira de Sá, R.A., et al., 2009).

A lo largo de las prácticas, una de las características comunes del ingreso de las embarazadas con complicaciones se centra en las hospitalizaciones prolongadas. En estos casos de hospitalizaciones prolongadas es preciso enseñar a la mujer a gestionar la ansiedad relacionada con el cambio en su estado de salud y con el ingreso (estancia hospitalaria). Por ello, en el contexto de las prácticas ofrecemos apoyo por medio de la comunicación, alentando a las gestantes con RCIU a verbalizar sus preocupaciones y enseñando todas las técnicas de distracción que puedan realizar durante su estancia en el hospital, como puede ser música, televisión, utilizar el ordenador, leer, etc. Debe tenerse en cuenta que el entorno familiar puede estar alterado debido a la situación de transición que experimentan tanto la embarazada como los miembros de la familia, por lo que apoyamos a la gestante durante el proceso y nuevamente la incentivamos para verbalizar

sus sentimientos y emociones. También le informamos sobre las señales que debía tener en cuenta, como sentir el abdomen endurecido, presión o dolor en la zona abdominal (ICNP, 2011). Otras intervenciones de enfermería que llevamos a cabo en el caso de embarazadas con RCIU tuvieron como objetivo la vigilancia del bienestar materno-fetal, por medio de la monitorización con Cardiotocografía CTG una vez por turno (o según indicación médica) y vigilancia del trazado, monitorización de la tensión arterial una vez por turno, vigilancia del perfil biofísico conjuntamente con el equipo médico y determinación de la edad gestacional para administrar el ciclo de corticoterapia para la maduración pulmonar (Moreira de Sá, R.A., et al., 2009). El fármaco disponible para la maduración pulmonar en el servicio de Cuidados Especiales del hospital era la Dexametasona, glucocorticoide que administramos vía intramuscular entre la semanas 24 y 34 de gestación. Otro glucocorticoide de elección (aunque no fue utilizado en el servicio) es la Betametasona, cuya diferencia con la Dexametasona se encuentra en la forma de administración: en el caso de la Dexametasona se administran 4 inyecciones intramusculares en 48 horas (1 cada 12 horas), mientras que en el caso de la Betametasona se administran 2 inyecciones intramusculares en 48 horas (1 cada 24 horas).

Enfermedad hipertensiva (Preeclampsia/ Eclampsia).

La Hipertensión Arterial (HTA) y la preeclampsia en el embarazo llamaron nuestra atención por la gran frecuencia de casos observados y por constituir una de las complicaciones más graves tanto en gestantes como en puérperas y dada la probabilidad de mortalidad tanto materna como fetal. De acuerdo con la OMS, la preeclampsia afecta en torno al 2%-3% de todos los embarazos en el mundo, y estima que es la responsable de 60000 muertes/año. Cabe destacar que la HTA en el embarazo constituye una patología cuyo abordaje y tratamiento es diferente al del resto de mujeres no embarazadas. De esta manera, según indica el grupo de investigación “National Heart, Lung and Blood Institute”, hay una clasificación para la HTA en el embarazo, diferenciándose 4 tipos: preeclampsia, eclampsia, HTA gestacional y HTA crónica (Guzmán-Juárez, W., et al., 2012).

La preeclampsia es una complicación que puede aparecer durante el embarazo, aunque generalmente no aparece antes de las 20 semanas de gestación y, que puede ser dividida según su grado de afectación en preeclampsia leve y preeclampsia grave. La

preeclampsia leve se caracteriza por una presión arterial sistólica entre 140 y 160 mmHg y una presión arterial diastólica entre 90 y 110 mmHg, por una ganancia de peso superior a 500g/semana, la presencia de proteinuria con valores inferiores a 0,2g/24h y edemas en miembros superiores, inferiores y en la cara (Guedes-Martins, L., et al., 2013). En cuanto a la preeclampsia grave, sus signos y síntomas característicos son, además de los valores de presión arterial mencionados en la preeclampsia leve y de la presencia de edemas en miembros superiores, inferiores y en la cara, aparecen también vómitos, disnea, proteinuria con valores superiores a 0,2g/24h, hemoconcentración, aumento de la creatinina, oliguria menor de 500ml/24h, trombocitopenia menor de 150000cel/mm³, restricción del crecimiento intrauterino, oligoamnios, edema agudo de pulmón/cianosis y dolor en el cuadrante superior derecho del abdomen (*Ibidem*). La aparición de la preeclampsia en el embarazo se debe a un proceso anormal de diferenciación de las células del citotrofoblasto, que produce una invasión del útero pero sólo superficial. Este hecho trae como consecuencia una vascularización insuficiente, disminuyendo el flujo sanguíneo aportado a la placenta, que produce una respuesta vascular anormal asociada a un incremento de la resistencia vascular periférica (Quiroga, C.I., 2013). Además, existen ciertos factores de riesgo que favorecen la aparición de una preeclampsia. Estos factores pueden ser propios de la madre, o pueden constituir factores de riesgo derivados del embarazo en curso. En cuanto a los factores maternos preconcepcionales encontramos la edad (<21 años y >35 años), padecer obesidad, o enfermedades crónicas como Diabetes mellitus (DM), HTA, trombofilias, enfermedad renal o dislipemia. También han sido asociados como factores de riesgo la hipomagnesemia y las deficiencias de zinc, selenio y calcio en la madre. En cuanto a los factores de riesgo relacionados con el embarazo, existe mayor riesgo en primigestas, en embarazos gemelares o de diferente padre y en presencia de polihidramnios (Cruz, J., et al., 2007).

Si la preeclampsia o la HTA gestacional no son tratadas, se complican y evolucionan a eclampsia, que es la forma más grave de HTA que se puede dar en el embarazo o en el puerperio, caracterizada por la presencia de una o más crisis convulsivas tónico-clónicas. Además, existen unas señales que nos avisan de eclampsia inminente: obnubilación, torpor y alteraciones del comportamiento. Son manifestaciones de que se están produciendo alteraciones a nivel del sistema nervioso central (SNC) (Quiroga, C.I., 2013).

Aparte de la eclampsia como complicación de la preeclampsia, se han destacado otras complicaciones que pueden darse a raíz de padecer preeclampsia, o HTA gestacional, y no recibir un tratamiento, como es el caso del Síndrome de Hellp (“Hemolysis, Elevated liver enzymes, Low platelets count”). Pertenece al grupo de las llamadas “microangiopatías trombóticas”, ya que se trata de una complicación que se caracteriza por la presencia de anemia hemolítica, trombocitopenia y disfunción orgánica. La causa se encuentra en el depósito de fibrina en los sinusoides hepáticos, que trae como consecuencia un aumento de las enzimas hepáticas. Esta complicación aparece entre el 0,5% y el 0,9% de todas las embarazadas, y entre el 4% y el 14% en las gestantes que padecen preeclampsia/eclampsia. Normalmente el Síndrome Hellp aparece entre las semanas 27 y 37 de embarazo; no obstante, también existen casos en los que la aparición se da en el puerperio, durante la primera semana postparto, obteniendo el pico máximo a las 48 horas postparto. Las manifestaciones clínicas son variadas y no se presentan como específicas de este síndrome. Así, en el contexto de las prácticas observamos síntomas como debilidad, fatiga, vómitos, dolor intenso en el cuadrante superior derecho y epigastrio, ictericia, cefalea, dolor en región cervical, alteraciones visuales permanentes, encefalopatía y edema pulmonar (González, D. C., 2007). El tratamiento de ese síndrome se centra en la interrupción del embarazo, control de la HTA con el objetivo de evitar las convulsiones y control de los trastornos de coagulación que puedan estar asociados (*Ibidem*).

Nuestras intervenciones de enfermería se dirigieron a llevar a cabo un control de los valores de TA una vez por turno, realización de recogida de orina de 24 horas para detectar proteinuria y su valor, monitorización con CTG según la prescripción médica, administración de fármacos para controlar la TA (la nifedipina vía oral fue el más utilizado en el contexto de las prácticas, y en casos de preeclampsia/eclampsia severos, sulfato de magnesio vía endovenosa y Diazepam vía rectal). Además, enseñamos a las gestantes (y sus acompañantes) que se estaban enfrentando a esta complicación en su embarazo las señales a las que tenían que estar alerta, como son: cefalea, epigastralgia, escotomas, zumbidos en los oídos y la presencia de edemas en manos, pies y cara. En cada turno realizamos preguntas al respecto (ICNP, 2011).

Placenta Previa.

Por último, elegimos desarrollar la complicación de la placenta previa (PP), ya que constituye una complicación de potencial emergencia en el embarazo por el riesgo de presentar un shock hipovolémico causado por la pérdida de sangre si la placenta llega a desprenderse, lo que se conoce como desprendimiento prematuro de la placenta normalmente insertada (DPPNI). Se trata de una complicación que presenta una incidencia general de 1 en 200 a 1 en 390 gestantes de más de 20 semanas, pues constituye una complicación propia de la segunda mitad del embarazo. El mayor factor de riesgo descrito para padecer una PP es haber tenido una cesárea previamente; esto se debe a que el siguiente embrión suele implantarse en la zona del útero donde se encuentra la cicatriz de la cesárea. Además, la frecuencia de aparición de esta complicación aumenta con la paridad, con el consumo de sustancias como cocaína y tabaco, si se da una rotura prematura de membranas (RPM), si la gestante padece HTA gestacional o si tiene antecedentes de DPPNI (Vergara, G., 2009). La principal razón por la que normalmente acuden al servicio de urgencia del hospital es por pérdida vaginal de sangre, que puede ir acompañada de dolor abdominal que se presenta de inicio brusco, que suele indicar el lugar donde se ha producido el desprendimiento.

Como siempre, y más aún en una situación tan angustiante para la gestante como puede ser ésta, nos presentamos y tratamos de crear una relación empática tanto con ella como con su acompañante una vez llegaban desde el servicio de urgencia al área de cuidados especiales, explicando la situación con calma y sobre todo mostrando nuestra disponibilidad y dinámica del servicio, con el objetivo de gestionar su ansiedad de forma positiva minimizándola. Además, se les explicó el funcionamiento del servicio y llevamos a cabo una evaluación inicial, además de una revisión de su proceso clínico.

El diagnóstico de PP se establece en el momento en que se verifica que ésta se encuentra implantada en el segmento inferior del útero, ya sea total o parcialmente. Según el lugar exacto de implantación en este segmento inferior se diferencian cuatro tipos de PP: PP de inserción baja (grado I), PP marginal (grado II), PP parcial (grado III) y PP total (grado IV).

La PP de inserción baja (grado I), se caracteriza por que el borde de la placenta no alcanza el orificio cervical interno (OCI). Este tipo de PP de grado I no se considera como

constituyente de riesgos materno-fetales, aunque es importante determinar la distancia en centímetros entre el borde de la placenta y el OCI para cuando comience el trabajo de parto, considerando un riesgo incrementado de hemorragia intraparto si esta distancia es menor a 3 cm. En el caso de la PP marginal (grado II), se sitúa en esta categoría si el borde placentario se localiza en el margen del OCI. En la PP parcial (grado III), la placenta cubre parcialmente el OCI y en la PP total (grado IV), la placenta cubre totalmente el OCI (Vergara, G., 2009).

Por ello, el establecimiento del grado de PP antes del inicio del Trabajo de Parto (TP) resulta esencial (Graça, L.M., 2010). Con un diagnóstico de PP ya establecido la gestante era ingresada para llevar a cabo una vigilancia materno-fetal y realizar el ciclo de corticoterapia para maduración pulmonar.

Los diagnósticos de enfermería más frecuentes fueron: disminución del débito cardíaco relacionado con la pérdida de sangre secundaria a la PP y déficit de volumen de líquidos relacionado con la pérdida excesiva de sangre secundaria a PP. Por ello, las intervenciones de enfermería que realizamos en los casos de PP eran vigilar la pérdida, monitorizar los signos vitales y controlar el bienestar fetal por medio del CTG, con el objetivo de vigilar el bienestar fetal y administración de corticoterapia para la maduración pulmonar fetal en las gestantes cuyo embarazo se encontraba entre las 24 y las 34 semanas. Si la interpretación del CTG arrojaba datos como una disminución de la variabilidad, taquicardia fetal, aparición de un patrón sinusoidal o bradicardia fetal, debe considerarse una señal de sospecha de anemia fetal.

El caso que tuvimos en el contexto de las prácticas que nos pareció más representativo de esta complicación fue el de una embarazada de 30 semanas y 3 días con la que mantuvimos una actitud expectante ya que presentaba una pérdida muy escasa. Procedimos a realizar el ingreso y acogimiento de la embarazada, llevando a cabo una evaluación inicial, explicamos el funcionamiento del servicio y los horarios de visita del mismo, mostrando nuestra disponibilidad en todo momento. Asimismo, también aprovechamos para estudiar el proceso clínico de la paciente.

Según Lowdermilk (2008), la presencia de una PP debe ser considerada como una complicación de potencial riesgo tanto para la madre como para el feto. Por ello, mantuvimos vigilancia efectuando CTG en todos los turnos conforme a la prescripción médica, vigilamos la pérdida hemática y enseñamos tanto a la gestante como a su

acompañante las señales a las que debían estar alerta: cambios en la pérdida hemática (sobre todo aumento, hemorragia) y presencia/ausencia de contracciones uterinas dolorosas.

El embarazo fue interrumpido a las 35 semanas realizando una cesárea urgente por la sospecha de desprendimiento ante un incremento de la pérdida hemática. El RN tuvo un peso al nacer de 1950 gr y obtuvo una puntuación en el Índice de Apgar de 8 en el primer minuto, 9 en el quinto minuto y 10 en el décimo minuto. Por presentar bajo peso fue trasladado al servicio de neonatología.

Otro de los focos de atención trabajado durante las prácticas en este módulo ha sido la, Conciencialización de la Pareja sobre el Embarazo (ICNP, 2011), pues refleja el nivel de consciencia de la pareja, en relación a lo que conocen sobre los procesos de transición y las repuestas que esperan en la mayoría de los casos y las percepciones de los padres que experimentan transiciones similares (Cardoso, A., 2011). En el caso de las embarazadas de riesgo realizamos siempre actividades respecto al foco/diagnóstico, evaluar la Conciencialización de la Embarazada/Pareja sobre su Condición de Riesgo, ya que este es un factor importante para la aceptación adecuada de la atención médica necesaria. Nuestras actividades estuvieron enfocadas a orientar al matrimonio sobre los cambios esperados durante el embarazo; animar a la pareja a adoptar las conductas necesarias para adaptarse al embarazo de riesgo; fomentar la verbalización de sentimientos y preocupaciones motivadas por la situación que está experimentando; alentar a la pareja a encontrar recursos y estrategias que les ayuden a adaptarse a los cambios experimentados, e informar a la pareja sobre los recursos disponibles para ayudarles a adaptarse a los cambios sufridos. Éstas fueron algunas de las intervenciones realizadas con respecto a dicho diagnóstico de enfermería.

Además de todas las intervenciones descritas, fue necesario vigilar, prácticamente en todas las embarazadas que estaban ingresadas, el riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos y derivados de la colocación del catéter venoso. Con el objetivo de disminuir el riesgo de infección aplicamos cuidados de higiene al catéter venoso (realizado con una compresa con alcohol y secado después, antes y después de la administración de la medicación). Asimismo, incentivamos la ingesta de líquidos y además, como su movilidad física quedaba reducida en gran parte de los casos, aconsejamos cambiar de posición en la cama cada dos horas, de un decúbito lateral para el otro,

ayudándose con sus brazos, ya que no convenía que estuvieran mucho tiempo acostadas en decúbito dorsal, pues el peso del embarazo comprime la vena cava materna y disminuye el flujo de oxígeno.

Durante el ingreso en el servicio de Cuidados Especiales, en algunas de las embarazadas identificamos el foco diagnóstico de Uso de Sustancias (ICNP, 2011). Este foco abarca todo tipo de drogas; no obstante, en el contexto de las prácticas este foco fue dirigido principalmente al tabaco. Durante el ingreso las embarazadas no podían fumar; en este sentido, tuvimos un caso de una embarazada que se encontraba ingresada por metrorragias y que decidió firmar el alta clínica voluntaria por prohibirle salir del servicio para fumar. Por medio del diálogo intentamos convencer a esta embarazada para que desistiera de su decisión, informándole de los riesgos que conllevaba irse a su domicilio en su situación, pero no conseguimos que abandonara su idea y firmó el alta voluntaria.

Al resto de las embarazadas fumadoras se les aconsejó el abandono del hábito y se les informó de los efectos negativos del mismo tanto para ella como para el feto.

El embarazo produce cambios hormonales como el aumento fisiológico de progesterona que trae como consecuencia una mayor sensación de cansancio (Lin, T.Y., et al., 2008), por lo que en las embarazadas que se encontraban ingresadas identificamos el foco de Reposo y Sueño (ICNP, 2011). Como futuros EESMO, realizábamos una evaluación del patrón de sueño y de la calidad del mismo: si era o no reparador, si el sueño se fragmentaba o era ininterrumpido y si experimentaban dificultades para conciliar el sueño. También avanzamos en conocimientos sobre las estrategias para gestionar la fatiga y el insomnio. En este sentido, las intervenciones que llevamos a efecto eran: informar sobre la influencia del embarazo en la alteración del patrón de sueño/reposo, enseñar sobre las estrategias para gestionar la fatiga, como tomar breves periodos del día para descansar, aconsejar intentar dormir 8 horas por noche ininterrumpidas, para lo que se incentivó la disminución de la ingesta de líquidos progresiva desde el comienzo de la tarde hasta ir a dormir (cuyo objetivo es evitar la interrupción del sueño para levantarse al baño) y aconsejamos sobre la postura que más favorece el descanso (decúbito lateral izquierdo), indicando la posibilidad de colocar una almohada entre las piernas.

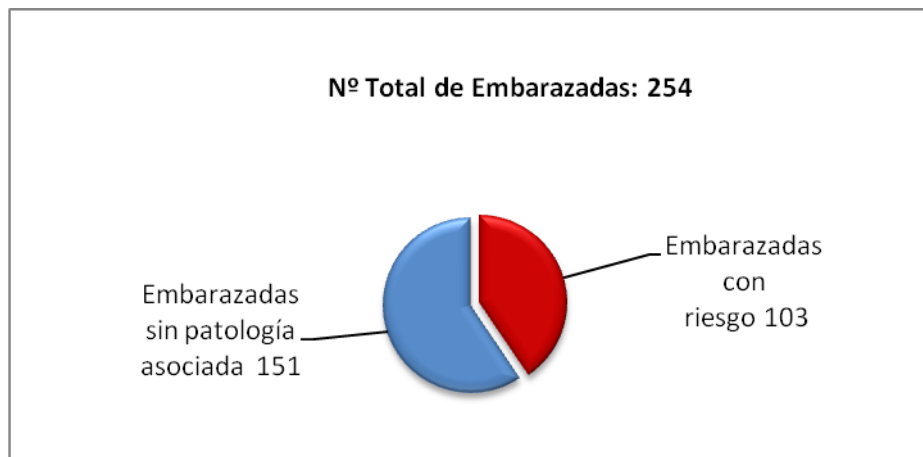
En relación al foco Ingesta Nutricional (ICNP, 2011), Informamos sobre la conveniencia del consumo de alimentos ricos en L-Triptófano (precursor de la serotonina), que produce un efecto sedante. Ejemplos de estos alimentos son la carne de pavo y la leche

caliente. También informamos sobre la importancia de la ingesta hídrica diaria de 8/10 vasos de agua y el consumo de hidratos de carbono, vegetales frescos, carnes magras, así como evitar los huevos y carnes crudos y los quesos blandos.

Durante la estancia también identificamos en todas las embarazadas el foco de Autocuidado (ICNP, 2011). instruyendo sobre cuidar la higiene personal con el objetivo de prevenir el riesgo de infección y promocionar el autocuidado en la mujer. Las actividades diagnósticas que realizamos al respecto fueron la evaluación del estado de la piel y mucosas, uñas y cabello (Ricci, S.S. y Kyle, T., 2009). Nuestras intervenciones en relación al patrón de higiene personal de la mujer se dirigieron a informar sobre los cambios fisiológicos que se producen en el embarazo como aumento de la vascularización, la sudoración y leucorrea y de susceptibilidad para la infección. Todas las embarazadas fueron también instruidas sobre la higiene perineal (en sentido antero-posterior con agua caliente y productos de higiene con un pH ligeramente ácido), así como la utilización de ropa interior 100% de algodón (Lowdermilk, D. y Perry, S., 2008; Ricci, S.S. y Kyle, T., 2009; Brito, R., Oliveira, E. y Carvalho, F., 2008). En relación a la Capacidad para arreglarse en el embarazo, que también fue abordado con todas las embarazadas por medio del diálogo, fomentamos los cuidados de hidratación de la piel, la utilización de maquillaje y la depilación, con el objetivo de favorecer la autoimagen y contribuir para mantener una autoestima saludable (ICNP, 2011).

Como complemento al desarrollo de este punto representamos, en el gráfico 1, las intervenciones llevadas a cabo durante la práctica clínica.

Gráfico 1. Embarazadas con bajo y con medio/alto riesgo asistidas en la práctica clínica.



2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL ÁMBITO DE TRABAJO DE PARTO Y PARTO

Los objetivos que debe alcanzar el EESMO en el contexto de la práctica clínica referente al bloque de partos se encuentran recogidos en la competencia “cuidado de la mujer integrada en la familia y comunidad durante el trabajo de parto. Esta competencia comprende los siguientes objetivos:

“Promueve la salud de la mujer durante el trabajo de parto y optimiza la adaptación del RN a la vida extrauterina”.

“Diagnostica precozmente y previene complicaciones para la salud de la mujer y del RN”.

“Asegura cuidados a la mujer con patología asociada y/o concomitante con el embarazo y/o con el trabajo de parto” (OE, 2010, p. 5).

Los motivos por los que las familias acudieron al servicio de Bloque de Partos fueron: entrada en trabajo de parto de forma espontánea, por inducción de trabajo de parto o por la programación de una cesárea electiva. En todas las admisiones que llevamos a cabo en el bloque, realizamos el acogimiento presentándonos, enseñando las instalaciones y recursos de que disponíamos. Siempre que fue posible la pareja escogió la habitación en la que deseaba instalarse. Durante el proceso de admisión realizamos a todos los matrimonios una evaluación inicial, en la que recopilamos datos relativos a: nombre por el que preferían ser tratados, quién iba a ser el acompañante significativo durante todo el trabajo de parto, si contaban o no con plan de parto, disposición para amamantar, saber si realizó cursos de preparación al parto, si llevó a cabo una correcta vigilancia del embarazo con el número de consultas y exámenes y análisis realizados; esta información aparecía en el Boletim de Saúde da Grávida si la vigilancia había sido realizada correctamente. También preguntamos en todas las admisiones sobre la edad, los antecedentes clínicos, quirúrgicos y obstétricos sobre alergias o alimentos mal tolerados, hábito de eliminación intestinal y cuándo fue la última eliminación, grupo sanguíneo, Nombre Propuesto del RN, preferencia en cuanto a recibir o no analgesia epidural. En este sentido, solo tuvimos una parturienta que no quiso recibir esta analgesia, pues refería que era su segundo hijo, que el primero había sido un parto eutócico con analgesia epidural y aseguraba que quería saber lo que era un parto sin analgesia. Además, escogió la posición sentada para el tercer período del trabajo de parto.

En el momento de la admisión ya fue identificado en todas las embarazadas el diagnóstico de TP en los casos en que ya se había iniciado, o bien el de Oportunidad de TP (ICNP, 2011) en el caso de las inducciones de trabajo de parto. Aunque no existe consenso en cuanto a la definición del diagnóstico de TP, en el contexto de la práctica clínica nos guiábamos por los siguientes parámetros para establecer dicho diagnóstico: presencia de al menos 2 contracciones uterinas en 15 minutos, acompañadas de las siguientes señales: borramiento del cuello uterino y dilatación a partir de los 3 centímetros o la Rotura Espontánea de Membranas (Graça, L.M., 2010).

Este diagnóstico excluye la fase latente del primer período de TP, consideradas hasta los 3 centímetros de dilatación, ya que en las mujeres nulíparas esta fase puede tardar alrededor de 20 horas en completarse (*Ibidem*). En relación al diagnóstico de Oportunidad de TP, las indicaciones más frecuentes para llevar a cabo la inducción de TP son: los casos de RPM, los embarazos que se prolongan hasta las 42 semanas sin dar señales de inicio de TP y los casos de preeclampsia grave (Mackenzie, 2006, cit en Cunningham, et al., 2011). En los casos de embarazadas con DG o DM controlada con fármacos, se considera que el mejor momento para llevar a cabo la inducción de TP es entre las 40 y las 41 semanas de embarazo. El objetivo de la inducción en embarazadas diabéticas es evitar lesiones del plexo braquial asociadas a la distocia de hombros, que tiene mayor probabilidad de darse en estos partos ya que estos fetos suelen ser macrosómicos. No obstante, las inducciones de TP tienen sus riesgos, como son: taquisistolia por disfunción hipertónica uterina iatrogénica, prematuridad iatrogénica y que el procedimiento no funcione. Por otra parte, el mejor indicador de eficacia terapéutica del procedimiento es el Índice de Bishop: éste evalúa el grado de maduración del cuello del útero, que se mide por medio de la puntuación de 5 ítems (posición, consistencia, borramiento, dilatación y encaje de la cabeza fetal en los Planos de Hodge (ACOG, 2009). Existen diferentes fármacos de elección para llevar a cabo la inducción de TP, dependiendo de cada caso: las prostaglandinas E1 y E2 y la oxitocina. Además, nuestras intervenciones hicieron hincapié en los focos Conocimiento sobre Inducción de TP y Conciencialización sobre la situación actual. En prácticamente todas las situaciones identificamos Déficit de Conocimiento sobre Inducción de TP (ICNP, 2011). Durante la práctica clínica, en los 20 casos en que tuvimos de inducciones, utilizamos los tres métodos dependiendo de la indicación médica para cada caso, llevando a cabo un plan de cuidados y desarrollando

intervenciones de enfermería previas a la inducción, como informar al matrimonio sobre el procedimiento, su objetivo y la evolución esperada. Informamos asimismo sobre la necesidad de permanecer en la cama y de realizar una monitorización cardiotocográfica ininterrumpida durante las dos primeras horas de inducción, por lo que antes de iniciar el procedimiento incentivamos a la embarazada a orinar en el cuarto de baño. También fue identificado en este momento el diagnóstico Riesgo de Infección (ICNP, 2011), ya que está relacionado con la realización de procedimientos invasivos, siendo la inducción uno de ellos, pues la vía de administración fue la vía vaginal. Además canalizábamos, en todas las parturientas, una vía de acceso periférico (preferiblemente en la mano).

Durante todo el TP, parto y las aproximadamente dos horas de posparto inmediato que el matrimonio pasaba en el Bloque de Partos identificamos el foco diagnóstico Unión Madre/Padre-hijo, ya que el EESMO debe tener capacidad para intervenir de forma diferenciada (*Ibidem*). Nuestras intervenciones en este ámbito fueron siempre encaminadas a potenciar esta unión, informando al matrimonio sobre la evaluación del bienestar fetal y sobre las características que se esperan en el RN, permitiéndoles escuchar la frecuencia cardíaca fetal, explicándoles los cuidados inmediatos que el RN recibe y la importancia del contacto piel con piel tras el nacimiento. También ofrecimos la posibilidad de que el padre cortara (o el acompañante significativo escogido para el trabajo de parto y parto) el cordón umbilical. En todo momento nos dirigimos al feto por el nombre que los padres habían escogido para él, teniendo en todas las habitaciones del servicio una pizarra encima del cabecero de la cama en el que escribíamos los nombres de los padres y del feto, el grupo sanguíneo de la madre y el resultado del estudio de colonización del Estreptococo B (positivo o negativo), que se realiza a las 35 semanas de embarazo. Tuvimos un caso en el que el resultado de la colonización fue desconocido; nuestra intervención al respecto fue tratar a la parturienta como si el estudio fuera positivo, como forma de prevención.

Un aspecto importante que consideramos con cada matrimonio que pasó por el Bloque de Partos fue el plan de parto. Algunos de ellos ya tenían su plan de parto preparado; el resto, aunque no lo tuviera preparado, siempre mostraba preferencias en relación a ciertas cuestiones, como ver o no ver la placenta, cortar el cordón umbilical o adoptar una u otra posición durante el primer y segundo periodo de TP. Así, en tres de los partos la posición litotómica no fue la escogida: en dos de estos partos la posición escogida fue de lado y en uno de ellos fue la posición sentada.

En todas las pacientes fue identificado el diagnóstico de Dolor de TP (ICNP, 2011). En este ámbito, nuestras intervenciones de enfermería se dirigieron a la gestión del dolor, informando al matrimonio sobre las técnicas no farmacológicas para alivio del dolor de TP como caminar, utilizar el banco de parto y/o la bola de Pilates, masajear la zona lumbosacra realizando presión doble de la cadera, darse una ducha de 5 minutos con agua templada, la realización de ejercicios respiratorios y la opción de la musicoterapia y/o aromaterapia. Además, les informamos sobre la técnica farmacológica disponible para aliviar el dolor: la analgesia epidural. Excepto una de las pacientes con las que tuvimos contacto en el contexto de la práctica clínica, el resto escogieron la opción de la analgesia epidural para aliviar el dolor de TP. Respecto a la mujer que no quiso analgesia epidural, esta mujer afirmó querer vivir la experiencia de tener un bebé sin recurrir a este método, ya que fue su segundo parto y en el primero sí recurrió a dicho método. Además, esta mujer fue la que escogió llevar a cabo el periodo expulsivo en posición sentada. En el resto de los casos contactamos con el anestesista para la colocación del catéter epidural. En este sentido, nuestras intervenciones fueron el auxilio en el procedimiento sujetando las parturientas para que se mantuvieran inmóviles durante la punción y monitorizando la Presión Arterial (PA) antes y después de realizar el procedimiento, ya que la analgesia epidural puede causar hipotensión, entre otros efectos secundarios como prurito, náuseas, vómitos, temblores, retención urinaria, hematoma subdural o epidural así como complicaciones neurológicas (Graça, L.M., 2010). Los efectos secundarios más frecuentes con los que nos encontramos en el contexto de la práctica clínica fueron temblores, prurito e hipotensión. Para prevenir la hipotensión, antes de comenzar el procedimiento para colocar el catéter epidural iniciamos, en todos los casos, una perfusión por vía intravenosa de Suero Fisiológico de 1000 ml con lactato, con el objetivo de mantener a la parturienta normotensa tras la administración de la primera dosis. El fármaco utilizado para la analgesia epidural por protocolo siempre fue la Ropivacaína (al 0,2%), 10 ml cada dos horas. En los casos en que fue indicado, fue añadido un fármaco en la analgesia epidural: en estos casos la dosis también fue de 10 ml, pero en este caso, 8 ml de Ropivacaína y 2 ml de Sufentanil.

El hecho de que la gran mayoría de las parturientas escojan la analgesia epidural está relacionado con la creencia cultural que existe en los países desarrollados y que asocia el curso del TP al dolor. Respecto a esta cognición cultural, Dick-Read en los años 70 expuso cómo el miedo y la tensión son considerados dos desencadenantes del dolor,

retroalimentándose uno a otro, conformando así un círculo vicioso (García Carrascosa, L., 2010). Además, es necesario tener en cuenta que cada persona tiene un umbral de dolor diferente, por lo que la reacción primaria de cada parturienta es diferente y esto, unido a la percepción cultural del dolor asociado al TP hace que cada una reaccione de forma más o menos intensa ante las mismas circunstancias.

Después de la administración de la primera dosis de analgesia epidural fueron identificados en todas las parturientas los diagnósticos de enfermería de Riesgo de Hipotensión y Riesgo de Retención Urinaria (ICNP, 2011). Nuestras intervenciones de enfermería en relación al diagnóstico Riesgo de Retención Urinaria se centraron en incentivar a todas las parturientas a ir al baño al menos cada dos horas. En algunas mujeres la analgesia epidural tuvo un mayor efecto y refirieron no sentir las piernas; en estos casos procedíamos a incentivar la micción en la cama colocando la cuña. Por otro lado, en una de las parturientas tuvimos la necesidad de vaciar la vejiga por medio del sondaje intermitente debido a que no manifestó la voluntad de miccionar durante todo el TP. Con relación al diagnóstico Riesgo de Hipotensión, primeramente nuestras intervenciones se dirigieron a la prevención de la aparición de este evento, instruyendo a las parturientas a levantarse despacio de la cama y colocando previamente el SF con lactato, como ya mencionamos. Sin embargo, en 3 de los casos tuvimos que realizar intervenciones adicionales como la administración de oxígeno en decúbito lateral izquierdo y monitorización de la PA hasta la recuperación de los valores normales. En estos tres casos la hipotensión materna se produjo tras la administración de la primera dosis de analgesia epidural.

Durante la práctica clínica en el Bloque de Partos siempre utilizamos un instrumento que consideramos muy práctico, dada la representación gráfica y global que recoge sobre el curso del TP en relación a la madre y al feto: el Partograma, que recoge la evolución del borramiento del cérvix, grado de dilatación y Plano de Hodge en que se encuentra el feto (representado gráficamente), procedimientos realizados, dosis de epidural, si hubo rotura o no de bolsa, cómo fue ésta (artificial o espontánea) y si la hubo, las características del líquido amniótico (olor, color, cantidad, teñido o no) y la hora en que se produjo, todas las micciones y el estado del CTG y Ruidos Cardíacos Fetales. También aparece el grupo sanguíneo materno, la colonización por estreptococo, la hora de admisión en el servicio y el motivo. Aunque un estudio realizado por Lavender, Hart et Smyth en 2010 en el que estudiaron la influencia que la utilización del Partograma tiene en la

evaluación del TP, mostró no tener ninguna influencia, creemos que para el EESMO el Partograma constituye un instrumento de gran ayuda en el desarrollo de la práctica profesional.

En las parturientas que tuvieron rotura de membranas (ya fuera espontánea o artificial) o en aquellos que el Estreptococo fue positivo, se asoció este evento al Riesgo de Infección (ICNP, 2011) ya mencionado, realizando como intervenciones de enfermería la Profilaxis antibiótica (penicilina). En los casos de rotura de membranas, la profilaxis antibiótica fue administrada por protocolo cuando superaba las 18 horas de rotura (estudio realizado a las 35 semanas de embarazo) (Ayres-de-Campos, D., Montenegro, N. y Rodrigues, T., 2008). En estos casos, intentamos siempre administrar al menos dos dosis de penicilina cada 6 horas antes de llegar al periodo expulsivo. En el bloque de partos trabajamos con la Benzilpenicilina sódica y la potásica, alternando su administración, teniendo en cuenta que su disolución se debe realizar con agua destilada.

En relación a la ingesta nutricional durante el TP aún es un tema “poco consensuado entre los profesionales de la salud”, ya que existe riesgo de aspiración del contenido gástrico en los casos de cesárea de emergencia con anestesia general. Por ello, en el contexto de la práctica clínica administramos té y/o gelatinas durante la fase activa de TP, siempre que no exista riesgo de tener que realizar una cesárea (Cunningham, et al., 2011). Además del suero fisiológico de 1000ml con Lactato, fue iniciada en todas las parturientas una perfusión de Suero Fisiológico de 1000ml con Glucosa al 5%: este procedimiento comenzó a utilizarse como prevención del riesgo de hipoglucemias neonatales, ya que las mujeres no comen nada durante el TP. En el contexto de la práctica clínica, cuando era prescrita oxitocina, ésta era inyectada (10UI) en el suero fisiológico de 1000 ml con Glucosa al 5%. En el caso de las mujeres diabéticas a las que prestamos cuidados llevamos a cabo intervenciones adicionales, ya que durante el TP, parto y posparto, en mujeres con DM o DG, se presenta una disminución en las necesidades de insulina.

En el caso de diabéticas insulino-dependientes fue preciso cambiar el patrón y suspender su tratamiento habitual. Así, en estas mujeres realizamos un control de glucemia cada hora e iniciamos la perfusión de suero glucosado polielectrolítico a una velocidad de 125ml/h y Suero Fisiológico con 25 UI de insulina de acción rápida: su velocidad de perfusión dependió de la monitorización de cada glucemia por hora. En cambio, en las

mujeres diabéticas no insulino-dependientes, el control de monitorización de las glucemias fue realizado cada 4 horas e iniciamos una perfusión de Suero Glucosado Polielectrolítico a una velocidad de 125ml/h hasta volver a iniciar la ingesta de alimentos por vía oral. En todos los casos de parturientas diabéticas, tras el nacimiento fue necesario avisar al neonatólogo para realizar un examen del RN (Ayres de Campos, D., Montenegro, N. y Rodríguez, T., 2008).

En el ámbito de foco Trabajo de Parto (ICNP, 2011) se espera que el EESMO posea conocimientos, habilidades y competencias necesarios para evaluar la evolución del TP y parto y del bienestar materno-fetal durante todo el proceso. En este sentido, uno de los instrumentos que más datos nos aporta sobre la evolución del TP y del bienestar materno-fetal es el registro CTG. La vigilancia por medio del CTG es un recurso que hoy se utiliza en todos los hospitales por las ventajas que presenta: registro de la contractilidad uterina y la evaluación del bienestar fetal (variabilidad, presencia de aceleraciones y desaceleraciones, Frecuencia Cardíaca Fetal (FCF) tanto del momento en que se observa cómo anterior (Graça, L.M., 2010). La monitorización materno-fetal durante el TP se puede realizar de forma intermitente o continua. La desventaja de la monitorización continua es la disminución de la movilidad de la parturienta.

Así, en los embarazos de bajo riesgo se puede llevar a cabo un control del bienestar materno y fetal por medio de la auscultación intermitente cada 30 minutos en la fase latente y cada 15 minutos en la fases activa, manteniendo cada auscultación siempre al menos durante 1 minuto (Cunningham, et al., 2011). Sin embargo, durante la práctica clínica solo hubo un caso en el que pudimos realizar este tipo de auscultación, ya que en todos los demás casos fue prescrita oxitocina con la consecuente necesidad de llevar a cabo una auscultación continua dado que existen riesgos asociados a la administración de este fármaco, como taquisistolia.

Existe un dispositivo que resulta muy útil en los casos de monitorización continua: la telemetría. Se trata de un dispositivo electrónico pequeño que la mujer lleva con un cinturón, permitiéndole ir al baño y caminar ayudando de esta forma a la progresión del TP. Existen tres tipos de trazados según su evolución: normal, sospechoso y patológico. En relación con el trazado normal sus características son las siguientes: variabilidad amplia o larga (5-25 lpm) superior a 5 lpm en la mayor parte del trazado, una FCF basal entre 110 y 160 lpm, presenta al menos dos aceleraciones en 50 minutos y ausencia de

desaceleraciones; de haber desaceleraciones, estas deben ser 2 o menos en 50 minutos, con una duración menor a 2 minutos y coincidentes con las contracciones uterinas (precoces), en cambio, un trazado se considera sospechoso o no tranquilizador siempre que no aparezcan 1 o más características de las mencionadas.

Sin embargo, es importante detectar precozmente un trazado patológico, que presenta una variabilidad corta, inferior a 5 lpm, disminuida en un periodo continuado de tiempo de 60 minutos (patrones sinoidales o pseudosinoidales de FCF), presencia de desacelerones prolongados o repetitivos (menor al 50% del trazado de CTG) (Ayes-de-Campos, D. y Bernardes, J., 2010).

Durante el tiempo de aprendizaje de la práctica clínica como futuros EESMO, tuvimos tres casos de trazados sospechosos y uno patológico. En los tres casos se decidió realizar una cesárea de emergencia. Además, uno de estos trazados sospechosos presentó un factor de riesgo asociado: la presencia de líquido amniótico con meconio.

Cabe destacar que existen dos tipos de monitorización del estado materno fetal, la externa (por medio del CTG) y la interna, utilizada en casos de patrones de CTG no tranquilizadores, consistente en un electrodo o sensor colocado en la cabeza fetal. En los casos de monitorización interna si es posible detectar la intensidad de las Contracciones Uterinas; en cambio, la monitorización por medio del CTG solamente mide la frecuencia y la duración de las mismas (Montenegro, y C. B. A. y Rezende Filho, J., 2013).

Una de las intervenciones de enfermería que forman parte de la práctica profesional a todos los futuros EESMO es el tacto vaginal: éste fue realizado a todas las parturientas durante el TP. Esta intervención está encuadrada también dentro del foco TP.

El tacto vaginal nos aporta datos sobre: estado del cuello uterino (extinción, dilatación, consistencia y posición) situación del feto en relación a los planos de Hodge, presentación (cefálica o podálica) posición (izquierda o derecha) variedad (anterior, posterior o transversa) situación (longitudinal, transversa y oblicua) y actitud (flexión o deflexión de la cabeza fetal) además de vigilar las características de líquido amniótico (color, olor, cantidad) y las características de la pelvis materna (ginecoide, antropoide, platipeloide, audroide).

La gran cantidad de información que aportan los tactos vaginales nos facilitaron el planeamiento de los cuidados de enfermería adaptados a las necesidades de cada matrimonio, así como en el ámbito del conocimiento sobre TP (ICMP,2011), en el que cada

plan de cuidados también fue individualizado, según los conocimientos que poseyera cada pareja, indicando, enseñando y entrenando posiciones que disminuyan el dolor (según la evolución de cada TP) y que ayuden al feto a bajar y realizar la rotación interna, así como estrategias no farmacológicas para alivio del dolor del TP (ya mencionadas).

Una de las prácticas obstétricas que se utilizan en la mayoría de los hospitales hoy día en los TP de bajo riesgo es la amniotomía, con el objetivo de acortar el TP o inducirlo (Fraser, et al., 2006). Esta práctica, que también entra en el diagnóstico de enfermería de TP (ICNP,2011) fue realizada durante el TP, a partir de los 5 centímetros de dilatación, en todas las parturientas en las que la bolsa no se había roto de forma espontánea, exceptuando una de ellas: esta mujer ya fue mencionada anteriormente ya que fue la única que no quiso recurrir a la analgesia epidural y decidió realizar el periodo expulsivo en posición sentada. En este caso no realizamos amniotomía y la bolsa rompió espontáneamente durante el periodo expulsivo. La práctica de la amniotomía es un asunto debatido y controvertido actualmente, debido a que existe evidencia científica que concluye que no existe mucha diferencia entre la realización y la no realización de la amniotomía en cuanto a la tasa de cesáreas y el índice de Apgar inferior a 7 en el quinto minuto de vida (Smyth, R.M.D., Markham, C. y Dowswell, T., 2013).

En relación al periodo expulsivo la evidencia científica recomienda que la mujer debe empezar los esfuerzos expulsivos cuando sienta la vital necesidad de hacerlo (reflejo de Férugson) y realizarlos en la posición que más facilidad de a la parturienta, de esta manera se consiguen mejores resultados neonatales que mediante los esfuerzos expulsivos dirigidos por parte de los EESMO (NICE, 2007). Algunas mujeres no perciben el reflejo de Férugson debido al efecto farmacológico de la analgesia epidural, por lo que en el contexto de la práctica clínica en varias ocasiones recurrimos a instruir a las parturientas para iniciar los esfuerzos expulsivos por medio de la maniobra de Valsalva. Esta maniobra consiste en dirigir el mentón hacia el pecho, inspirando profundamente, retener el aire y empujar. Sin embargo hay estudios como el de Yildirim y Beji en el año 2008 que verifican que en partos que no fueron instruidos por la maniobra de Valsalva obtuvieron mejores índices de Apgar, y de un valor más elevado respecto al pH y PO2 de la sangre del cordón umbilical (Yildirim, 2008, cit en Cunningham, F.G., et al., 2011).

Existen varias posiciones en las que las mujeres pueden posicionarse para la realización del expulsivo como utilizar el banco de partos, la bola de Pilates, colocarse de

lado, en posición de cuclillas, en posición de cuatro apoyos y sentada. En el complejo hospitalario donde fue realizada la práctica clínica disponíamos de todos estos instrumentos y métodos, favoreciendo así la buena praxis de los EESMO. De esta manera hubo tres mujeres que escogieron una posición diferente a la litotómica: dos de ellas escogieron la posición de cubito lateral para realizar el periodo expulsivo y otra decidió elegir la posición sentada.

El hecho de cambiar de posición durante el periodo expulsivo puede facilitar este periodo y disminuye la aparición de distocias mecánicas (Gupta, J. K., Hofmeyr, G.J. y Shehmar, M., 2012).

Además está demostrado que la posición ginecológica no favorece el periodo expulsivo y que en cualquier otra posición (no supinas) la presión intrauterina es más elevada (30/40mmhg) lo que favorece la expulsión del feto (Méndez-Bauer, C. y Arroyo, J., 1975 cit in Sabatino, H., 2010). Otro factor que contribuye para que la posición supina no sea recomendada es que comprime la aorta y la cava inferior, que podría alterar el equilibrio ácido base fetal en los periodos expulsivos superiores a 30 minutos (Gupta, J. K., Hofmeyr, G.J. y Shehmar, M., 2012).

Aunque la posición litotómica es la más utilizada en todo el mundo para llevar a cabo el periodo expulsivo esta posición es la peor que puede adoptar la parturienta por la gran cantidad de riesgos que envuelve: mayor número de trazados no tranquilizadores, esfuerzos expulsivos menos eficaces, puntuaciones más bajas en el test de Apgar, mayor necesidad de realizar episiotomía y de instrumentalización de los partos (Jong, P.R., et al., 2007; Sabatino, H., 2010).

En todos los periodos expulsivos llevamos a cabo las mismas intervenciones pero de manera individualizada siempre teniendo en cuenta las características de todos los casos de las parturientas durante el TP. Cuando el feto coronaba la vulva realizamos la maniobra de Ritgen que consiste en disminuir el diámetro biparietal del feto con el objetivo de ayudarlo a nacer, protegiendo siempre el perineo con la mano contraria para evitar en la medida de lo posible laceraciones.

Antes de realizar la maniobra de Ritgen es preciso evaluar el riesgo de laceración espontánea para poder tomar así la decisión de realizar o no una episiotomía, por ello en el contexto de la práctica clínica, decidimos realizar la episiotomía solo cuando el tejido se presentaba distendido y además con un riesgo claro en la rotura. Existen dos tipos de

episiotomía: la mediana y la media lateral. Aunque se sabe que la mediana tiene varias ventajas como una menor pérdida de sangre, mejores resultados estéticos, una mas pronta recuperación, siempre realizamos la episiotomía medio lateral, ya que aunque no presenta las anteriores ventajas, no posee la principal desventaja que presenta la episiotomía mediana (la alta incidencia de la lesión del esfínter anal por medio de esta práctica).

En todos los casos una vez que salió la cabeza del feto indicamos a la parturienta que cesase los esfuerzos expulsivos, momento en el que procedimos a la búsqueda de posibles vueltas del cordón umbilical en el cuello del feto. Hubo seis ocasiones en las que encontramos vueltas del cordón: en dos de los casos las vueltas eran apretadas y procedimos a realizar un doble clampaje del cordón umbilical para poder cortarlo. En los otros cuatro casos restantes la vuelta del cordón era larga pudiéndola pasar por la cabeza del feto evitando así clampar y cortar.

Después procedimos a apoyar la rotación externa de la cabeza fetal sacando después el hombro anterior, protegiendo siempre el perineo, y después el posterior para terminar arrastrando hacia el EESMO el resto del cuerpo. En este sentido una emergencia obstétrica supone la aparición de una distocia de hombros, complicación que suele aparecer en fetos macrosómicos, además de en mujeres con una estructura ósea de la pelvis de tamaño reducido. Solo se dio un caso de este tipo durante la práctica clínica que fue identificado por medio de la señal de Tartaruga. En este caso se llamo al obstetra y procedió a realizar maniobras adicionales como la maniobra de McRoberts, presión suprapúbica durante aproximadamente dos minutos y realización de episiotomía (o alargamiento de la misma si ya estaba realizada) (Ayres-de-Campos, D., Montenegro, N. y Rodrigues, T., 2010; Mendes-Graça, et al., 2010).

Tras la expulsión fetal siempre esperábamos para clampar el cordón a que cesase el latido del cordón umbilical, mientras el RN recibía los primeros cuidados inmediatos, calentarlo, estimular el llanto mediante el tacto y evaluación del test de Apgar (primer minuto de vida) este test mide la frecuencia cardiaca, los esfuerzos respiratorios, el color, los reflejos y el tono muscular.

Excepto en las madres que el grupo sanguíneo fue RH negativo, todos los RN fueron colocados en contacto piel con piel con la madre antes de clampar el cordón umbilical. En el caso de madres RH negativo fue preciso esperar a realizar el clampaje del cordón umbilical para colocar al RN en contacto piel con piel. Asimismo nunca realizamos el clampaje de

forma precoz ni tardía, ya que el clampaje precoz está asociado a anemia ferropénica y menor concentración de hemoglobina en sangre durante los primeros días de vida; el clampaje tardío está asociado a su vez, a hiperbilirrubinemia y policitemia neonatal (Mcdonald, S.J., et al., 2013).

En el momento en que nace el bebé comienza el tercer periodo del trabajo de parto que es el alumbramiento y finaliza con la salida de la placenta y membranas amnióticas. Identificamos en todos los casos el diagnóstico de Riesgo de Hemorragia (ICNP, 2011). Las intervenciones que siempre llevamos a cabo para disminuir este riesgo formaron parte del manejo activo del alumbramiento; esto es, la perfusión de oxitócica para ayudar a la salida de la placenta y manteniendo una actitud expectante ante el desprendimiento natural de la misma. Una vez que aparecieron las señales de desprendimiento (sangrado y descenso del cordón umbilical) las comprobamos por medio de la maniobra de Krustner (se encoge el cordón umbilical ante la presión en el borde superior de la sínfisis púbica) procediendo entonces, solo entonces, a la tracción controlada del cordón umbilical. Una vez que aparecía la placenta se procedía a la realización de la maniobra de Dublin que consiste en sacar la placenta realizando movimientos circulares sin traccionar. Es importante comprobar que la placenta está íntegra: durante la práctica clínica colocamos la placenta en la mesa de partos para evaluarla. En relación a la cara fetal de la placenta comprobábamos que estuviera completa y no fragmentada (sin presentar cotiledones aberrantes) y sus características (calcificaciones, infartos), las características de los bordes, la presencia de las dos membranas amnióticas (amnios y corion) y el lugar de inserción de la placenta por la rotura de las membranas (inserción fúndica o lateral). En relación a la cara materna de la placenta, comprobamos el punto de inserción del cordón umbilical (central, marginal) y el tipo de placenta (forma circular, ovoide, grande, pequeña) y que el cordón contara con tres vasos: dos arterias y una vena, así como la longitud del mismo.

En los casos de madres RH negativo y O positivo siempre realizamos la extracción de sangre del cordón umbilical tras el nacimiento del RN. Además hubo diez casos en los que el matrimonio trajo el kit de células madre para su conservación, realizando en estos casos la extracción de sangre del cordón.

Después del alumbramiento el EESMO debe estar dotado de competencias relativas a la valoración de la herida quirúrgica o laceración, escogiendo el mejor método de sutura en cada caso. La evidencia científica más reciente muestra la preferencia por la sutura

continúa en lugar de los puntos simples, lo que favorece la menor incidencia del dolor y una mejor recuperación durante el puerperio.

Tras el alumbramiento realizamos masajes uterinos, vigilamos la cantidad de sangre perdida cada 15 minutos en las dos primeras horas posparto, monitorización de las constantes vitales cada 15 minutos durante las primeras dos horas, manteniendo el cabecero sin elevar con el objetivo de evitar la hipotensión en la mujer (FIGO, 2012; Ayres-de-Campos, D., Montenegro, N. y Rodrigues, T., 2008).

En el ámbito del diagnóstico de la relación madre/padre-hijo (ICNP, 2011) fue promovido el contacto piel con piel del RN con la madre y el padre. Mediante el contacto piel con piel los padres establecen un vínculo con el RN, le miran, le tocan, le hablan. Esta práctica además presenta beneficios como estabilizar la frecuencia cardíaca y respiratoria del RN, mantener la temperatura corporal y disminuir el llanto (Lucchini Raies, C., Márquez Doren, F. y Uribe Torres, C., 2012).

En todas las puérperas fue incentivada la lactancia materna dentro de la primera hora de vida. Un estudio realizado por Boccolini, et al., (2013), concluyó que el acto de amamantar a los RN durante la primera hora de vida constituye un factor decisivo en la disminución de la tasa de mortalidad neonatal. La lactancia materna se define como la forma de alimentar a un niño ofreciéndole la leche de su madre, excluyendo otro tipo de alimentos durante los primeros 4/6 meses de vida del lactante. La lactancia materna puede ser realizada mediante el agarre del bebé al pecho o mediante la extracción manual de leche (ICNP, 2011). Además el amamantamiento está asociado a beneficios tanto para la madre como para el RN: disminuye la mortalidad neonatal, y disminuye el riesgo de hemorragia materna, ayudando a la involución uterina (OMS, 2010).

Tras el nacimiento del RN, la familia permanecía aproximadamente dos horas en el bloque de partos. Durante este cuarto periodo de TP fueron identificados los siguientes diagnósticos: Papel Parental, Pérdida de Sangre y Laceración/Herida Quirúrgica (ICNP, 2011). En este tiempo nuestras intervenciones en relación a la madre se dirigieron a la vigilancia de la involución uterina, la pérdida de sangre (loquios) y las constantes vitales. Si la evolución era la esperada, antes de ir al servicio de puerperio ofrecimos a la puérpera un té con galletas y observamos la tolerancia. Para ser trasladada el útero debe encontrarse contraído y presentar una pérdida de sangre de escasa a moderada, una PA y temperatura

normales, aunque cabe destacar que la puérpera puede presentar febrícula en el posparto inmediato, considerándose normal.

Durante estas dos horas posparto el RN y la madre permanecen juntos de forma ininterrumpida (a menos que exista una complicación), al igual que durante la estancia del puerperio en el hospital. Las ventajas que ofrece la posibilidad de llevar a cabo un alojamiento conjunto de la madre-hijo se valoran y recomiendan desde los años 1970; estas ventajas son: la humanización en el proceso de cuidados tanto a la madre como al RN, aumenta la confianza de la madre en sí misma para afrontar los cuidados del bebé, promueve de forma precoz el amamantamiento, facilita el establecimiento del vínculo entre la madre y el bebé, aporta tranquilidad para las madres, que pueden estar constantemente al cuidado del RN, lo que disminuye el nivel de ansiedad ; además, disminuye el riesgo de infección neonatal y está demostrado que los bebés que permanecen junto a su madre lloran menos y duermen más, ya que se promueve de esta manera la satisfacción inmediata de las necesidades físicas y emocionales del RN. La OMS también afirma que los cuidados destinados al RN son importantes por dos motivos: porque reducen la mortalidad infantil y porque promueven una mejor calidad de vida. Por estos motivos, el EESMO debe poseer los conocimientos y habilidades necesarios para llevar a cabo actuaciones e intervenciones de forma eficaz, con el objetivo de garantizar la protección social, la salud y el bienestar del RN.

En el momento en el que el RN nace se adapta de forma progresiva a la vida extrauterina. Teixeira et al., en el año 2007 define esta transición de feto a neonato como “el proceso biológico complejo que envuelve modificaciones funcionales en todos los órganos y sistemas del RN, permitiéndole vivir separado de la unidad útero-placentaria.” Por ello, Dick Weger ya en el año 1998, refirió que “su cuerpo nunca más va a sufrir una modificación tan grande a lo largo de la vida”.

Normalmente, en la mayor parte de los RN este proceso adaptativo termina alrededor de las primeras cuatro a seis horas de vida (Askin, D.F., 2002) y por ello el EESMO debe conocer todas las transformaciones por las que la fisiología del RN pasa en estas primeras horas para adaptarse. Estos cambios comprenden adaptaciones a nivel respiratorio, hemodinámico, metabólico, y térmico. En cuanto a la adaptación respiratoria mientras el feto se encuentra en el útero los pulmones no funcionan y están rellenos por un líquido cuyo volumen es similar al de la capacidad residual funcional. Cuando comienza el

TP el cuerpo del feto comienza a segregar tirotrofina, que induce a las células del epitelio pulmonar a reabsorber el líquido que queda en el espacio alveolar. Cuando comienza a entrar aire en los alveolos se forma una barrera aire-líquido en la que el surfactante pulmonar tiene un papel esencial, ya que disminuye la tensión de superficie y facilita la expansión de los alveolos durante la inspiración, además de impedir el colapso de los alveolos pequeños en la espiración. En cuanto a la adaptación hemodinámica tras la primera inspiración del RN fuera del útero se produce un descenso en la resistencia alveolar y un incremento en el flujo sanguíneo que llega a los pulmones como hay un descenso de la resistencia pulmonar y un aumento en la circulación sistémica aumenta la presión sanguínea en la aurícula izquierda y hay una disminución en la aurícula derecha, que tiene como resultado el cierre del foramen oval. Además, durante los primeros días de vida aparece una disminución gradual pulmonar que trae como consecuencia un aumento de la presión en la arteria aorta, que tiene como resultado el cierre del canal arterial.

En relación a la adaptación metabólica, mientras el feto se encuentra en el útero la madre es la abastecedora de glucosa, el glucógeno se va acumulando a modo de reserva energética en el hígado del feto que aumenta prácticamente a partir de las 36 semanas de embarazo. Por ello los RN con una edad gestacional menor a 35 semanas tienen mayor riesgo de desarrollar hipoglucemia. El RN alcanza el valor glucémico mínimo alrededor de una hora después del parto. En lo que a la adaptación térmica respecta, como tras el nacimiento el RN pierde calor rápidamente (ya sea por convección, evaporación, conducción, o contacto) en respuesta a esta pérdida de calor como mecanismo homeostático aumenta la actividad del sistema nervioso simpático, lo que trae como consecuencia que su organismo se sirva de las fuentes energéticas de las que dispone. El organismo del RN recurre a la grasa parda que se encuentra en tres zonas diferentes: área interescapular, alrededor de las glándulas suprarrenales y/o alrededor de los grandes vasos del tórax y cuello. Por tanto es importante controlar la temperatura de las manos de los EESMO, así como su higienización; también deben ser controlados los instrumentos y el ambiente donde se encuentra el RN.

La asistencia al RN durante las primeras horas posparto y los cuidados realizados al mismo son considerados como la asistencia inmediata al RN (Graça, L.M., 2010). Como es en esta fase en la que se producen todas las adaptaciones de las que hemos hablado y se considera un periodo fisiológico de adaptación a la vida extrauterina, fue preciso mantener

en todos los casos una actitud expectante ante este proceso con el fin de auxiliar al RN (si fuera preciso) a adaptarse al nuevo medio (Hockenberry, M.J., Wilson, D. y Winkelstein, W., 2006). Durante la práctica clínica, desde que un RN llegó al mundo, fueron identificados los siguientes diagnósticos: Desarrollo Infantil, Riesgo de Aspiración, Riesgo de Hipotermia, Riesgo de Infección, Eliminación Intestinal y Eliminación Urinaria (ICNP, 2011). Además, todos los RN fueron debidamente identificados con una pulsera en la mano y con la pulsera electrónica de seguridad, colocada en el tobillo y también realizamos las intervenciones profilácticas de enfermería dirigidas a la prevención de complicaciones, como son la administración de vitamina K (fitomenadiona) por la vía intramuscular en el vasto lateral derecho, ya que los RN nacen con deficiencia de esta vitamina y la administración de gentamicina (pomada) por la vía oftálmica con el objetivo de prevenir la aparición de oftalmia gonocócica.

Con relación al foco diagnóstico Desarrollo Infantil procedimos a realizar en todos los RN la monitorización del peso, la longitud, y el perímetro cefálico del RN (medidas antropométricas). En relación al diagnóstico de Riesgo de Aspiración (*Ibidem*) evaluamos en cada RN el riesgo del mismo y, así como el conocimiento de los padres sobre este riesgo. Una de las intervenciones realizadas en este aspecto fue la colocación en la cuna del recién nacido en cubito dorsal con la cabeza ligeramente lateralizada. En cuanto al Riesgo de Hipotermia en el RN también fue evaluado el conocimiento de los padres sobre la prevención de la aparición de este evento tomando como intervenciones del EESMO, mantener al RN normotermo, calentado por medio de paños estériles precalentados y contacto piel con piel con la madre. Otro de los diagnósticos de gran importancia en el RN durante esta etapa es el Riesgo de Infección (ICNP, 2011), en el que evaluamos siempre el potencial del matrimonio para mejorar el conocimiento sobre el Riesgo de Infección en el RN (conocimientos acerca de la desinfección del cordón umbilical, baño del RN y cuidados de la piel). En relación a la eliminación en el RN, evaluamos dos aspectos: la eliminación urinaria y la intestinal, pues son dos indicadores del buen funcionamiento gastrointestinal y del sistema neurológico del RN, por tanto, una de nuestras intervenciones de enfermería se basó en la vigilancia de la primera micción y evacuación del RN.

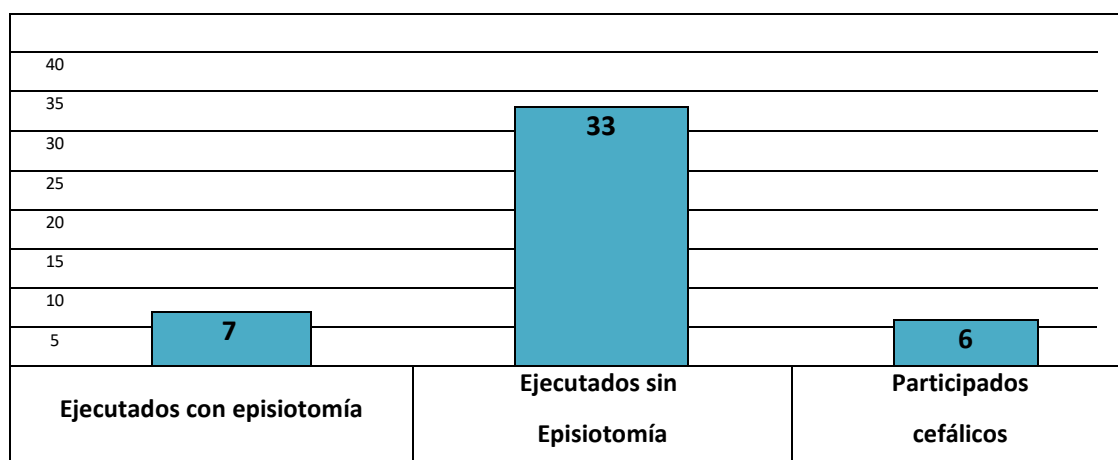
Siempre que hubo un nacimiento fue preciso realizar los registros de enfermería en los siguientes documentos: Boletín de Saúde da grávida, “Aviso de Nacimiento” (para crear la historia clínica), libro de partos del servicio, Partograma y programa informático SClínico.

En el contexto de la práctica clínica conocimos varios casos en los que fue necesario identificar algunos diagnósticos adicionales como: Riesgo de Ingestión Nutricional Insuficiente y Riesgo de Hipoglucemia (ICNP, 2011). En el caso de RN cuyo peso era inferior a 2500g y/o superior a 4000g (generalmente hijos de madres diabéticas) llevamos a cabo la intervención de monitorización de la glucemia capilar del RN en el momento del nacimiento, a los 30 minutos y en la primera y segunda hora de vida. Además fue identificado el diagnóstico Amamantar Comprometido y de Papel Parental Comprometido (*Ibidem*) en los casos de RN que fueron trasladados al servicio de neonatología.

En todos los casos acompañamos la salida de la familia del bloque de partos hacia el servicio de puerperio, informando a los compañeros EESMO sobre todo lo sucedido durante el TP.

Como complemento al desarrollo de este punto representamos, en el gráfico 2, las intervenciones llevadas a cabo durante la práctica clínica.

Gráfico 2. Número de partos ejecutados y participados en la práctica clínica.



2.1. DIÁSTASIS DE LA SÍNFISIS PÚBLICA: IMPLICACIONES EN EL PROCESO DE MATERNIDAD. REVISIÓN INTEGRATIVA DE LA LITERATURA

Como parte integrante del presente relatório pasamos a realizar la descripción del estudio realizado sobre de una temática relacionada con la práctica clínica del EESMO. Para ello hemos realizado una revisión integrativa de la literatura más actual en relación a un disturbio poco frecuente y poco conocido por los profesionales. La temática escogida en este sentido ha sido “Diástasis de la Sínfisis Pública y las Implicaciones que tiene en el Proceso de Maternidad”. La razón por la que se eligió esta patología fue por haber vivenciado un caso de DSP en una púérpera que acudió al servicio de urgencias del hospital refiriendo dolor agudo en la sínfisis pública que le causaba una importante impotencia funcional.

2.1.1. INTRODUCCIÓN

Durante el embarazo la mujer experimenta una serie de cambios anatómicos que son considerados normales y necesarios para adaptarse a las nuevas necesidades. Uno de estos cambios se produce a nivel lumbar, ya que a medida que avanzan las semanas de gestación aparece progresivamente una lordosis causada por el incremento en el peso corporal y por la posición que adopta el feto, por lo que el centro de gravedad se modifica hacia atrás y hacia las extremidades inferiores, aumentando también la tensión a nivel de la región pélvica (Munjin, M., Ilabaca, F. y Rojas, J., 2007). A esto es necesario añadir la predisposición que existe en el embarazo a la laxitud de los ligamentos de las articulaciones sacroilíacas que también contribuye a la modificación de la postura, como explicaremos más adelante (Çicek, et al., 2015) Por tanto, el embarazo conlleva una serie de cambios adaptativos a nivel lumbar y pélvico que contribuyen para la modificación de la postura.

La pelvis es una estructura osteomuscular con forma de “anillo”. Caldwell y Moloy realizaron en 1930 una clasificación que resulta importante para el área gineco-obstétrica, en la que diferenciaron cuatro tipos de pelvis según su forma: ginecoide (la más común y la

mejor para el parto eutócico), antropoide, androide y platipeloide. Esta clasificación permite constatar diferencias en cuanto a diferentes tamaños de la articulación de la sínfisis púbica (Carvajal, O.H.E., Vaca, P.C.S. y Ramírez, C.C.M., 2014). Los huesos que componen esta estructura son los huesos ilíacos, el sacro y el cóccix. Estos huesos se encuentran unidos por dos articulaciones: la articulación sacro-ilíaca por la parte posterior y la articulación de la sínfisis púbica por la parte anterior de la pelvis (Pereira, G., Batista, E.M. y Fantinat, A.M., 2013). La articulación de la sínfisis púbica pertenece a las articulaciones de tipo anfiartrosis; está formada por cartílago hialino separado por fibrocartílago y reforzada por cuatro ligamentos. Esta articulación normalmente permite movimientos muy limitados, pero va ganando elasticidad progresivamente (por efecto hormonal) durante el tercer trimestre del embarazo hasta el momento del parto; después vuelve a perder elasticidad (Svelato, et al., 2014). Es en esta articulación donde pueden aparecer problemas tanto durante el embarazo como en el TP, parto y el puerperio (Pereira, G., Batista, E.M. y Fantinat, A.M., 2013).

La separación normal de la estructura ósea de la sínfisis púbica en una mujer no gestante es de entre 0,4 a 0,5 cm. En una mujer embarazada, en torno a las 28 semanas de embarazo se produce un ensanchamiento de la articulación sacroilíaca y de la articulación de la sínfisis púbica (Svelato, et al., 2014). Este proceso de ensanchamiento es considerado como una preparación del organismo para facilitar el parto, es decir, un mecanismo fisiológico, que es mediado por un aumento en los niveles de relaxina, progesterona y estrógenos, que actúa directamente a nivel del tejido conectivo de las articulaciones sacroilíaca y de la sínfisis púbica, produciendo un aumento en la laxitud de dichos tejidos. Inmediatamente después del parto esta laxitud comienza a desaparecer gradualmente y hacia el sexto mes posparto la recuperación es completa (Çiçek, et al., 2015). El ensanchamiento de la sínfisis púbica se considera fisiológico cuando no supera los 10 mm de separación.

La diástasis se produce cuando la separación de la articulación de la sínfisis púbica es mayor a 1 cm (1,3 cm según algunos autores). Requiere confirmación mediante una técnica de imagen observando un desplazamiento anormal, horizontal o vertical de dicha articulación. En ocasiones, la diástasis de la sínfisis púbica (DSP) puede ir acompañada de la separación de la articulación sacroilíaca, sobre todo si la diástasis supera los 4 cm (Reyes, M.E., Motta, R.G.A. y González, B.O., 2014).

La diástasis puede aparecer en el embarazo, durante el trabajo de parto y parto o en el puerperio. En la revisión llevada a cabo por Urraca-Gesto, M.A., et al., (2015), la mayoría de la DSP descritas se produjeron durante trabajo de parto y parto.

La DSP es una patología infrecuente, poco estudiada y conocida, que se asocia a una importante morbilidad materna y que en ocasiones puede ser potencialmente grave para la madre y el feto por lo que requiere una vigilancia exhaustiva y una actuación conjunta de obstetras, ortopedistas y matronas, a veces hasta de forma emergente (Reyes, M.E., Motta, R.G.A. y González, B.O., 2014). Según los estudios de la bibliografía consultada, no existe un consenso en cuanto a la incidencia de esta patología, y varía de acuerdo con los datos revisados entre 1 caso cada 300 embarazos e 1 caso cada 30.000 (Cueto-Callejón, M., et al., 2010). Sin embargo, se sabe que la prevalencia es mayor en las mujeres de países escandinavos, debido a un factor genético predisponente (Freire, V.E., et al., 2010).

Las primeras referencias que encontramos sobre el estudio de esta patología se remontan a Hipócrates (S. IV a.C.), quien la denominó “disjunctio pélvica”. Los estudios que realizó Hipócrates fueron comprobados por muchos autores, entre ellos Baudelocque (S. XVII), tomando éste concepto un mayor interés, considerándose como un proceso necesario para el éxito del parto. Sin embargo, fue en el S. XIX cuando se comenzó a centrar la atención en la región lumbar, pélvica y en la analgesia epidural.

El principal síntoma de esta patología es la presencia de dolor suprapúbico que se irradia generalmente a la región sacroilíaca y al pubis y también a la parte baja del abdomen, espalda, perineo y cara anterior e interior del muslo (Urraca-Gesto, M.A., et al., 2015). El dolor puede aparecer en el embarazo, durante el trabajo de parto o en las primeras 24-48 horas después del parto (Markh, A., y Stern, N., 2015; Herren, C., et al., 2015), coincidiendo a veces con el cese del efecto de la analgesia epidural.

El dolor produce impotencia funcional e inestabilidad que se intensifica con todos los movimientos que tienen que ver con la pelvis: al caminar, al cargar peso, levantarse, subir y bajar cuestas y escaleras y darse la vuelta en la cama (*Ibidem*). En ocasiones el dolor se acompaña de edema o inflamación en la región púbica y dificultad al caminar o en la bipedestación.

En su estudio, Herren, C., et al., (2015), presentan dos cuestionarios que pueden ser aplicados ante la sospecha de una DSP. El primero, de 4 preguntas y basta con una respuesta afirmativa:

“¿Tiene dificultad para girarse en la cama?”.

“¿Tiene dificultad para subir y bajar escaleras?”.

“¿Le resulta difícil completar la longitud de un paso completo?”.

“¿Le resulta difícil levantarse de una silla baja?”.

El segundo consta de 3 preguntas, de la cuales, al menos dos deben ser afirmativas:

“¿Tiene dolor pélvico cuando carga pesos ligeros?”.

“¿Tiene dolor cuando se gira en la cama?”.

“¿Tiene dolor al levantarse de una silla o al subir escaleras?”.

Cabe realizar un inciso para especificar la diferencia entre dos términos que a menudo se confunden en la literatura revisada: “**disfunción** de la sínfisis púbica” y “**diástasis** de la sínfisis púbica” (DSP). La disfunción es el término que describe el dolor asociado al embarazo, debido a una inestabilidad o perturbación del funcionamiento de la articulación de la sínfisis púbica y/o articulación sacro-ílica. Ambas se asocian con dolor, pero en la disfunción no existe separación de la articulación ó ésta es inferior a 10 mm.

Durante el embarazo existen ciertos factores de riesgo que pueden contribuir a la aparición de la DSP como son la multiparidad y macrostomia fetal. Algunos autores han señalado como posibles factores de riesgo relacionados con el trabajo de parto, la utilización de oxitocina para las inducciones de parto, las contracciones uterinas intensas, la analgesia epidural, la desproporción cefalopélvica, los partos precipitados y los partos instrumentados con fórceps. Asimismo, cabe destacar la realización de la maniobra de Mc Roberts (Figura 1) como factor de riesgo durante el trabajo de parto: esta maniobra consiste en producir una hiperflexión de las caderas de la parturienta desde la posición litotómica, para facilitar la salida del feto, ya que esta maniobra amplía el ángulo lumbosacro y aplana la pelvis unos 6 grados aproximadamente para facilitar el descenso del hombro posterior. El problema que esta maniobra tiene es que al realizar un descenso forzado de la cabeza fetal sobre el anillo de la pelvis puede traer como consecuencia que se rompa un ligamento púbico (Reyes, M.E., Motta, R.G.A. y González, B.O., 2014).



Figura 1. Maniobra de McRoberts (Reyes, M.E., Motta, R.G.A. y González, B.O., 2014).

Otros factores de riesgo descritos que pueden contribuir para la aparición de una DSP son los embarazos gemelares (por el aumento de peso), la patología previa de la pelvis y la existencia de antecedentes familiares y/o personales (embarazos anteriores) de esta patología, ya que existe evidencia de que el hecho de haber padecido DSP en anteriores embarazos, aumenta las probabilidades de que vuelva a suceder.

El diagnóstico de DSP se realiza mediante la anamnesis y la exploración física. En la exploración el dolor aparece al realizar presión bimanual trocantérica, así como al tratar de flexionar la pelvis con las piernas estiradas. Esta exploración física y la persistencia de los síntomas son suficientes para sospechar la DSP, aunque debe ser confirmada mediante pruebas de imágenes. La más utilizada es la prueba radiológica de rayos X de la parte anteroposterior de la pelvis y de la zona lumbar (Dunbar, R.P. y Ries, A.M., 2002). Esta prueba aporta información sobre el grado de separación de la articulación de la sínfisis púbica (Figura 2).



Figura 2: Radiografía convencional con diástasis de la sínfisis (Parker, J.M. y Bhattacharjee, M., 2009).

Otras pruebas complementarias que pueden realizarse son la ecografía abdominal, que ayuda en el diagnóstico porque puede establecer la medida de la separación de la articulación de la sínfisis púbica, y la resonancia magnética nuclear, que tiene la capacidad de mostrar tanto las estructuras óseas como las partes blandas (Topuz, et al., 2006). Cabe destacar que en los casos en que la DSP se produce ya en el embarazo, la anamnesis, exploración física, la frecuencia de los síntomas y la resonancia magnética nuclear serán los determinantes para el diagnóstico, ya que las embarazadas no pueden ser sometidas a la prueba complementaria de Rayos X (Freire, V.E., et al., 2010).

Una vez confirmado el diagnóstico, el enfoque terapéutico ante la presencia de una DSP se basa, en la mayoría de los trabajos consultados, en un tratamiento conservador y multidisciplinar. Aunque no existen evidencias para recomendar un método específico (Urraca-Gesto, M.A., et al., 2015), el más utilizado es el reposo en cama en decúbito lateral y el uso del “cinturón pélvico”. En ocasiones es preciso pautar analgésicos y antiinflamatorios para aliviar el dolor y reducir la inflamación. El cinturón pélvico permite estabilizar las articulaciones pélvicas y debe colocarse justo debajo de las espinas ilíacas antero-superiores (Figura 3). Con éstas medidas conservadoras se logra reducir la diástasis y la funcionalidad en 4-12 semanas, aunque el dolor puede persistir hasta 6 meses o incluso años después del parto.

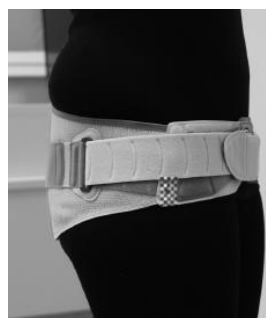


Figura 3. Cinturón pélvico (Herren, C., et al., 2015)

Es recomendable acompañar este tratamiento con ejercicios de fisioterapia con movilizaciones progresivas y ejercicio físico gradual para fortalecer los músculos del suelo pélvico y estabilizar la articulaciones púbicas y sacroilíacas (Herren, C., et al., 2015; Okafor, U. y Sokumbi, T., et al., 2009). Algunos autores recomiendan técnicas complementarias como la crioterapia, masajes y estimulación eléctrica transcutánea e incluso estimulación

medular en casos severos de dolor crónico (Idrees, A., 2012; Henry, L., 2015). En las DSP severas (> 4cm), o en situaciones de menor severidad en los que el tratamiento conservador no resulta efectivo o en caso de persistencia de los síntomas, se recurre a cirugía ortopédica con reducción abierta y estabilización mediante fijación externa o interna (Seth, S., Das, B. y Salhan, S., 2003; Chang, J.L. y Wu, V., 2008; Urraca-Gesto, M.A., et al., 2015).

Herren, C., et al., (2015), proponen un algoritmo de manejo y tratamiento para la separación de la sínfisis púbica (Figura 4).

Los resultados de los estudios son polémicos sobre la recurrencia de la DSP, Seth, S., Das, B. y Salhan, S., (2003), en sucesivos embarazos. Autores como Freire, V.E., et al., (2010), describen una alta tasa de recurrencia relacionada con los factores predisponentes que desencadenaron el episodio previo. Los síntomas son más severos en las sucesivas recurrencias. Estos mismos autores consideran que la recurrencia no implica la realización de una cesárea electiva, y no contraindica el parto vaginal.

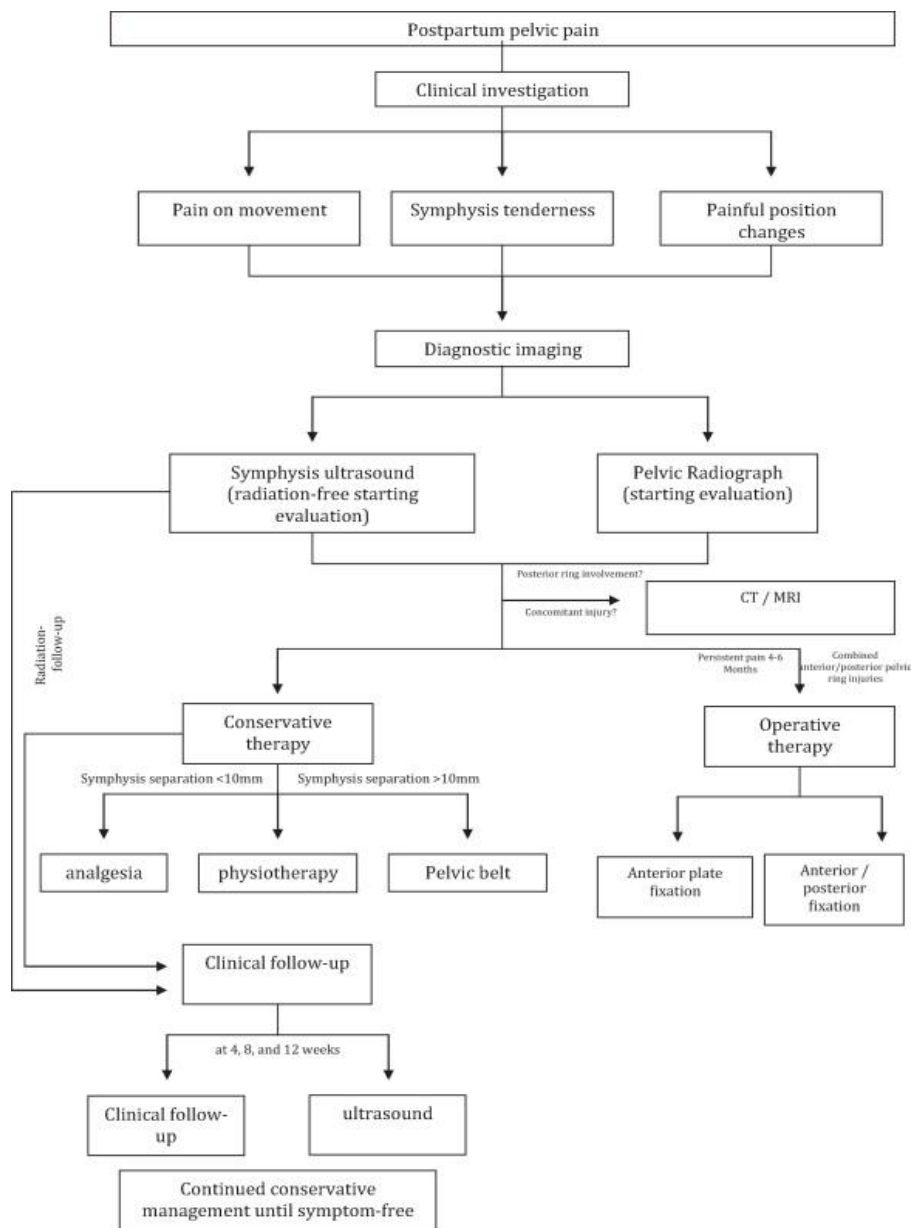


Figura 4: Algoritmo para el diagnóstico y tratamiento de la DSP (Herren, C., et al., 2015)

Aunque la DSP es una patología poco frecuente y por su baja incidencia no existen estudios que aporten suficiente evidencia, tiene una gran repercusión en la morbilidad materno-fetal. El dolor pélvico crónico acompañado de inestabilidad o la ansiedad y depresión materna asociada a esta situación, afectan de manera importante en la calidad de vida de las madres y desarrollo del RN. La DSP no está exenta de complicaciones graves sobre todo cuando ocurre en el embarazo e incluso se ha llegado a describir en la literatura un caso de fascitis necrotizante causada por una infección por *Estreptococo* del Grupo B

tras la ruptura de la sínfisis púbica de una parturienta durante el parto en Nueva Zelanda (Athanassopoulos, A., Creagh, T. y McMillan, W., 2006).

Es importante reconocer esta patología pues a veces el dolor se atribuye al propio proceso del parto o a complicaciones de la analgesia epidural y retrasa el manejo terapéutico. Moral et al., (2004), refieren el caso de 2 parturientas que presentaron a las 12 y 24 horas después del parto dolor intenso y dificultad para movilizar las piernas sospechando una complicación neurológica (compresión medular) por la anestesia epidural. Ambas pacientes fueron diagnosticadas posteriormente de presentar DSP con un ensanchamiento de 2 y 3 cm respectivamente.

Escogimos el tema de la DSP por el impacto que causa en la calidad de vida y el grado de implicación que supone en todo el proceso de la maternidad, ya que puede aparecer tanto en el embarazo, como en el trabajo de parto o el puerperio. Además por ser una patología no muy abordada en la literatura, poco investigada por su baja incidencia, aunque de graves consecuencias si no es identificada y tratada de forma temprana.

El objetivo de este trabajo ha sido la revisión de la literatura científica existente sobre la DSP como complicación del trabajo de parto y parto y posparto e identificar que intervenciones pueden ser desarrolladas por los EESMO frente a esta patología para garantizar la salud tanto de la madre como del bebé.

Según la Organización Panamericana de la Salud, existen tres mecanismos que son inherentes a la gestante y mediante los que se puede conseguir la promoción de la salud de la embarazada:

- Autocuidado: conductas que la gestante lleva a cabo en beneficio de su salud.
- Ambiente favorable: un entorno saludable que favorezca la salud durante el embarazo.
- Actividades del EESMO: decisiones y conductas que el EESMO realiza con el objetivo de acompañar y minimizar la situación, en la medida de lo posible, por la que las embarazadas están pasando (ofreciendo información sobre la situación, mostrando disponibilidad y apoyo emocional, recomendando posturas que favorecen el reposo y administrando fármacos para el dolor si fuera preciso según prescripción médica).

2.1.2. MATERIAL Y MÉTODO

Este trabajo ha sido realizado siguiendo los pasos de la PBE, la cual constituye un método de resolución de problemas establecido a nivel mundial en cuanto a cuestiones clínicas se refiere, en la que se integra la búsqueda de la evidencia científica disponible y más actual en las bases de datos destinadas para tal fin. La Ordem dos Enfermeiros acredita: *“Que una PBE constituye un pre-requisito para la excelencia y la seguridad de los cuidados, así como para la optimización de resultados de enfermería”*.

Define la PBE como: *“Práctica de Enfermería basada en la evidencia es la incorporación de la mejor evidencia científica existente cuantitativa y cualitativa, conjugada con la experiencia, opinión de los expertos y los valores y preferencias de los clientes, en el contexto de los recursos disponibles”* (OE, 2006, p. 1).

La PBE es la búsqueda sistemática de una respuesta basada en la investigación, útil y pertinente para la práctica de los enfermeros, pero que considera un enfoque reflexivo e interpretativo que es el que permite hacer uso de los hallazgos de la investigación en la realidad particular de los enfermeros.

Los enfermeros cuentan con una serie de motivos por los que precisan buscar evidencia científica: para justificar un cambio en la forma de llevar a cabo una práctica clínica, para realizar comparaciones entre costes/beneficio entre un conjunto de tratamientos que poseen el mismo objetivo o también para adoptar la mejor decisión entre varias opciones.

La OMS, en su guía publicada “Orientaciones estratégicas europeas para el fortalecimiento de la Enfermería y Enfermería de Salud Materna y Obstétrica en relación a las metas de salud (2020), señala como uno de los objetivos del EESMO “la promoción de prácticas basadas en la evidencia y en la innovación”, definiendo este objetivo como “desarrollar, transformar y adaptar las funciones de los enfermeros EESMO de acuerdo con las metas de la salud 2020”. La OMS considera la educación virtual como un nuevo recurso para la actualización de conocimientos que el EESMO debe llevar a cabo a lo largo de su vida, ya que es fundamental que estos profesionales se mantengan actualizados en cuanto a conocimientos teórico-prácticos se refiere. Para conseguir este objetivo es indispensable que en el período de formación del EESMO se incluya la PBE, incentivando a los alumnos a

investigar sobre diversas temáticas y enseñando, de esta manera, el procedimiento de investigación en PBE.

La aplicación de la PBE tiene los siguientes cuatro estadios: formulación de una pregunta clínica, busca de evidencias, evaluación crítica de la evidencia encontrada y decisión en base a esa evidencia.

En este sentido, el pilar fundamental en el que se asienta la PBE es la pregunta de partida: ésta ha de estar bien formulada para que la búsqueda resulte efectiva y responda a dicha pregunta. La pregunta se construye a través la conocida como “pregunta PICO”, método para realizar la pregunta que incluye Problema, Intervención, Comparación y “Outcomes”.

La revisión de literatura efectuada identifica la distocia de hombros, los partos instrumentados y la realización de maniobras como McRoberts (presión suprapúbica) y Kristeller factores predisponentes para la DSP. La pregunta formulada fue: ¿Cuales son implicaciones de los partos sin o con complicaciones, en el desarrollo de la DSP, durante el trabajo de parto, parto y puerperio y cuales las intervenciones de enfermería que pueden ser facilitadoras de este proceso y promueven el bien-estar materno-fetal?.

Una vez formulada la pregunta de partida, se realizó una búsqueda bibliográfica entre el 1 y 20 de Agosto de 2016, en las bases de datos de la plataforma EBSCO Host (Academic Search Complete, CINAHL Plus with Full Text, CINAHL Complete, Business Source Complete, ERIC, Library, Information Science & Technology Abstracts, MedicLatina, MEDLINE with Full Text, Psychology and Behavioral Sciences Collection, Regional Business News, y SPORT Discus with Full Text), PubMed y Cochrance Library Plus (Cochrance Database of Systematic Review (CDRS), The Cochrance Methodology Register (CMR), The Health Technology Assessment Database (HTA), y The NHS Economic Evaluation Database (NHS EED).

Se intentó llevar a cabo una búsqueda exhaustiva sobre el tema que nos ocupa, tratando de que no quedara excluido ningún resultado relevante. La búsqueda se realizó utilizando las palabras clave: Embarazo, Diástasis y Sínfisis Púlica.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Con el fin de analizar el trabajo más actual en relación al objeto de investigación la búsqueda fue limitada a los últimos 6 años (2011-2016).

- Artículos publicados en portugués, inglés y español.
- Abordaje de la temática “Implicación de la DSP” en la maternidad”.
- Informaciones sobre el tipo de parto.
- Publicaciones, Artículos principales, Reseñas /Revisiones, Estudios de caso.
- Revistas científicas y profesionales.
- Texto integral (Full text) y abstracts

2.1.3 RESULTADOS.

En la búsqueda en las bases de datos antes referidas fueron encontrados 49 artículos con los descriptores mencionados. No se encontraron revisiones sistemáticas de la literatura científica sobre la DSP en la Cochrane Library. Excluimos 26 artículos repetidos y fueron seleccionados 23.

Después de la lectura de los abstracts fueron excluidos 6 artículos que no cumplían los criterios de inclusión: 3 artículos sobre ruptura da sínfisis púbica, 2 sobre disfunción de la sínfisis púbica y 1 irrelevante para la temática en estudio. Teniendo en consideración los criterios de selección, al final fueron incluidos para la revisión 17 artículos, disponibles 11 a texto completo y 6 abstract (Gráfico 3). La distribución de los 17 estudios buscados fueron: 12 estudio de caso, 1 estudio de caso y estudio retrospectivo, 1 estudio de caso y revisión, 1 estudio de caso, 1 serie de casos y revisión, 1 revisión sistemática (Gráfico 4).

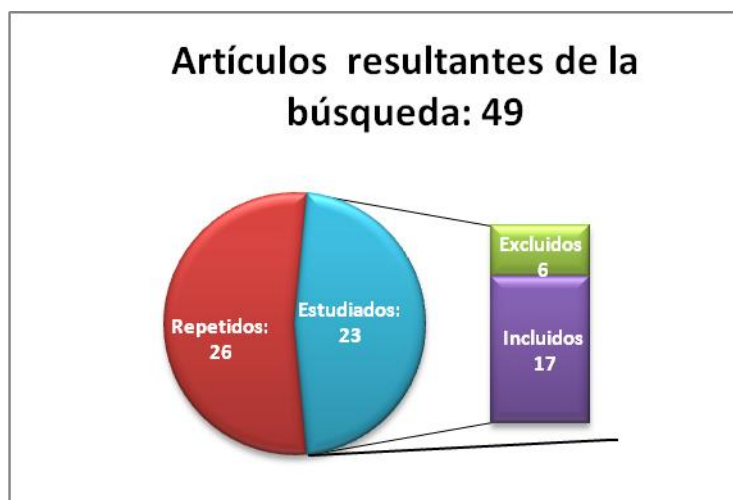


Gráfico 3. Distribución de los estudios buscados.

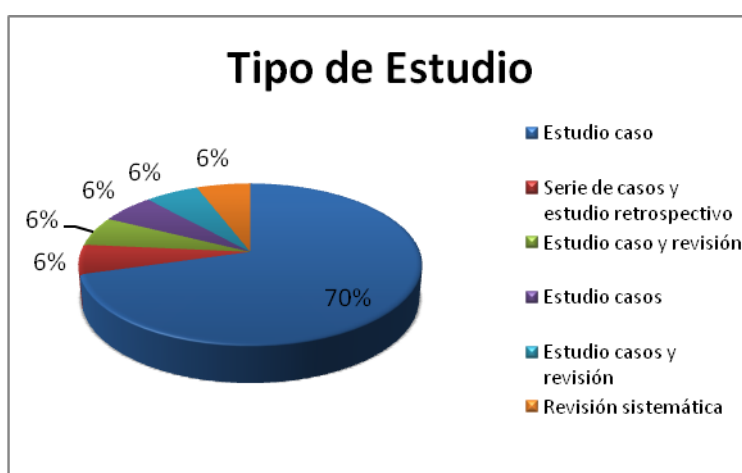


Gráfico 4. Distribución de los estudios consultados de acuerdo con su tipo.

La distribución de los artículos es la siguiente: 9 relacionados a modalidad de tratamiento, 1 relacionado con el diagnóstico, 1 relacionado con el diagnóstico y tratamiento, 1 relacionado con la incidencia de factores de riesgo y 4 que simplemente describen un caso. Los 17 trabajos seleccionados, cuyos datos describiremos y analizaremos a continuación, se encuentran detallados en el Cuadro 3.

AUTOR/AÑO	TÍTULO	TIPO ESTUDIO	RESUMEN
NITSCHKE, J.K. y HOWELL, T. (2011)	Peripartum pubic separation: a case report and review of the literature	Estudio caso Revisión	Presenta un caso de DSP en una primigesta de 22 años, con una diástasis de 1,1 cm después de un parto con una complicación de distocia de hombros. Los autores realizan una revisión retrospectiva de las opciones terapéuticas.
KHORASHADI, L., PETSCAVAGE, J.M. y RICHARDSON, ML. (2011)	Postpartum symphysis pubis diastasis	Estudio caso	Presenta un caso de DSP en una primigesta de 27 años, con una diástasis de 3,4 cm después de un parto eutócico prolongado. Resuelto satisfactoriamente por medio de tratamiento conservador.
SHIM, J.H. y OH, D.W. (2012)	Physiotherapy strategies for a woman with symphysis pubis diastasis occurring during labour	Estudio caso	Describe un caso de DSP en una primigesta de 32 años, con una diástasis de 2,2 cm después de un parto eutócico sin complicaciones. Los autores refieren que un programa de rehabilitación funcional puede aportar beneficio a las pacientes.
IDREES, A. (2012)	Management of chronic symphysis pubis pain following child birth with spinal cord stimulator	Estudio caso	Describe un caso de DSP en una puérpera de 39 años, con una diástasis de 2,1 cm después de un parto eutócico sin complicaciones. El autor refiere que la estimulación eléctrica de la médula puede ser una opción de tratamiento para el dolor crónico en una diástasis no resuelta con otro tipo de tratamientos.
FIDAN, T., ULUHAY, U., KESKIN, U., FIRATHGIL, F.B., KARASAHIM, A.E., EGE, T. y ERGÜN, A. (2013)	Postpartum symphysis pubic separation	Estudio caso	Presenta un caso de DSP en una multigesta de 41 años, con una diástasis de 5 cm después de un parto que precisó de la maniobra de McRoberts. Se resolvió con tratamiento conservador.
SHIPPEY, S., ROTH, J. y GAINES, R. (2013)	Pubic symphysis diastasis with urinary incontinence: collaborative surgical management	Estudio caso	Presenta un caso de DSP en una primigesta de 39 años, con una diástasis de 4,6 cm después de un parto eutócico sin complicaciones. Preciso de tratamiento quirúrgico: fijación interna.
SVELATO, A., RAGUSA, A., PERINO, A. y MERONI, M.G. (2014)	Is x-ray compulsory in pubic symphysis diastasis diagnosis?	Estudio caso	Describe un caso de DSP en una primigesta de 38 años, con una diástasis de 1,6 cm después de un parto eutócico sin complicaciones. Los autores encuentran que los Ultrasonidos tienen la misma eficacia de los Rayos-X en el tratamiento de la separación de la sínfisis púbica y además presentan menos efectos secundarios que los Rayos-X.

YOO, J. J., HA, Y.C., LEE, Y. K., HONG, J.S., KANG, B-J. y KOO, KYUNG-H (2014)	Incidence and risk factors of symptomatic peripartum diastasis of pubic symphysis	Serie de casos Estudio retrospectivo	<p>El objetivo de este estudio fue conocer la incidencia , la clínica y los factores de riesgo asociados a DSP. Realiza una revisión retrospectiva de 4140 partos sin diástasis y un seguimiento prospectivo de 11 puérperas (10 primigestas y 1 multigesta) con DSP. 10 fueron partos eutócicos sin complicaciones y 1 fue cesárea por referir la embarazada un intenso dolor en la sínfisis del pubis.</p> <p>La edad de las 11 puérperas estaba entre los 29 y los 38 años, y la DSP estaba entre 1,2 y 5,6 cm.</p> <p>El tratamiento fue conservador en 9 de los casos y el resto precisaron de fijación interna.</p> <p>El estudio mostró una incidencia de DSP de 1/385</p> <p>Las gestantes multíparas presentaron mayor riesgo de diástasis.</p>
ÇIÇEK, H., KESKIN, L., TUHADIOGLU, Ü, KILICARSLAN, K. y ULAS OGUR, H. (2015)	Simultaneous disruption of the pubic symphysis and sacroiliac joint during vaginal birth	Estudio caso	<p>Describe un caso en una puérpera de 32 años, con una diástasis de 2,4 cm después de un parto en el que fue realizada la maniobra de presión del fondo del útero durante el periodo expulsivo.</p> <p>El tratamiento conservador tuvo éxito.</p>
HERREN C., SOBOTTKE, R., DADGAR ,A., RINGE, M.J., GRAF, M., KELLER, K.,EYSEL,P., MALLMANN, P. y SIEWE, J. (2015)	Peripartum pubic symphysis separation-Current strategies in diagnosis and therapy and presentation of two cases	Estudio casos Revisión	<p>Describe dos casos de DSP.</p> <p>Las dos puérperas primigestas, de 26 y 37 años de edad, con una diástasis de 1,1 y 1,4 cm. La primera tuvo un parto eutócico sin complicaciones y la segunda un parto distócico por cesárea.</p> <p>Revisión de los conocimientos actuales sobre fisiopatología, la clínica y las estrategias más actuales en relación al diagnóstico y tratamiento de la DSP.</p>
HENRY, L. (2015)	Chiropractic management of postpartum pubic symphysis diastasis: A case report	Estudio caso	<p>Describe el caso en una primigesta de 30 años, con una diástasis de 1,7 cm después de un parto eutócico sin complicaciones.</p> <p>Los autores refieren el potencial beneficio de la quiropráctica en el tratamiento del dolor en la DSP.</p>
JAYARAMAN,K., GANAPATHY, P. y INDIR, N. (2015)	Post-Partum diastasis of the pubic symphysis: report of a rare case	Estudio caso	<p>Presenta un caso de DSP de 2,5 cm en una multigesta de 24 años después de un parto vaginal eutócico sin complicaciones.</p> <p>La puérpera mejoró con o tratamiento conservador.</p>

MARKH, A. y STERN, M. (2015)	A case of postpartum pubic symphysis diastasis and the role of physiatry in restoring function	Estudio caso	Describe un caso de DSP de 2,3 cm e en una multigesta de 36 años después de un parto eutócico “traumático”. La puérpera precisó de tratamiento quirúrgico con fijación externa y fijación interna después. Además precisó también de rehabilitación para ayudar en el alivio del dolor y de la inestabilidad.
AYENI, O.G., OLANIYI, O., JOVITA, D.A., ETHELBERT, O.O. y CHUKWUEMEKA, O.C. (2015)	Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) in the management of peripartum diastasis symphysis pubis (SPD): cases report	Estudios casos	Describe dos casos de dos primigestas de 27 y 26 años, con diástasis de 3,1 y 3,2 cm después de partos eutócicos sin complicaciones. Los autores refieren que la estimulación transcutánea es efectiva para disminuir el dolor y recuperar la movilidad.
SAEED, F., TRATHEN, K., WANT, A., KUCHERIA, R. y KALLA, S. (2015)	Pubic symphysis diastasis after an uncomplicated vaginal delivery: a case report	Estudio caso	Presenta un caso de DSP en una primigesta de 38 años, con una diástasis de 2,5 cm después de un parto eutócico sin complicaciones. La puérpera mejoró con el tratamiento conservador.
ERICKSON, E., LOW, J. y SHUMWAY, J. (2016)	Management of postpartum diastasis of the pubic symphysis.	Estudio caso	Describe un caso de DSP en una multigesta de 27 años, con una diástasis de 5,5 cm después de un parto eutócico sin complicaciones. La puérpera precisó de tratamiento quirúrgico con fijación interna. Además, hace una revisión de la literatura relevante sobre el tratamiento ortopédico.
URRACA-GESTO, M. A., PLAZA-MANZANO, G., FERRAGUT-GARCIA, S.A., PECOS-MARTIN, D., GALLEGU-IZQUIERDO, T. y ROMERO-FRANCO, N. (2015)	Diastasis of symphysis pubis and labor: Systematic review	Revisión sistemática	Revisión de la literatura disponible en relación al tratamiento conservador de la DSP durante el embarazo o trabajo de parto.

Cuadro 3. Casos descritos en los artículos más relevantes.

De acuerdo con los estudios presentados, la edad de las 28 mujeres con DSP osciló entre los 22 y los 41 años con una media de 33,1 años.

Por otro lado, 20 mujeres (74,1%) eran primigestas y 7 (25,9%) multigestas. En un caso no constaba la paridad.

Un 75% (21) de los partos fueron eutócicos sin complicaciones, y fueron complicados un 25% (7). Las complicaciones descritas fueron: distocia de hombros,

maniobra de Mc Roberts, maniobra de presión del fondo del útero, 2 partos distócicos cesárea (1 por referir un intenso dolor en la sínfisis pubiana), 1 parto vaginal traumático y un parto prolongado.

La diástasis osciló entre 1,1 cm y 5,6 cm. La mayoría de las mujeres (19) presentaron diástasis entre 1,1 y 3 cm. En 2 (7,1%) puérperas la separación era superior a 5 cm (Gráfico 5).

El tratamiento fué consevador en 23 pacientes, 3 mujeres precisaron tratamiento quirúrgico mediante fijación interna, 1 mediante fijación externa y 1 paciente fué inicialmente tratatada con fijación externa y posteriormente mediante fijación interna (Gráfico 6).

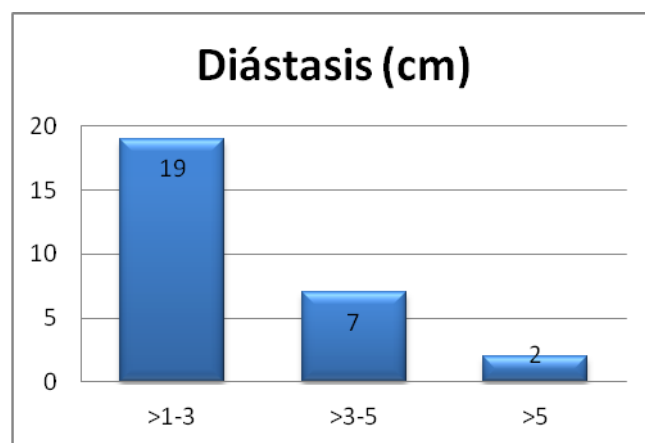


Gráfico 5. Diástasis (cm) y número de casos

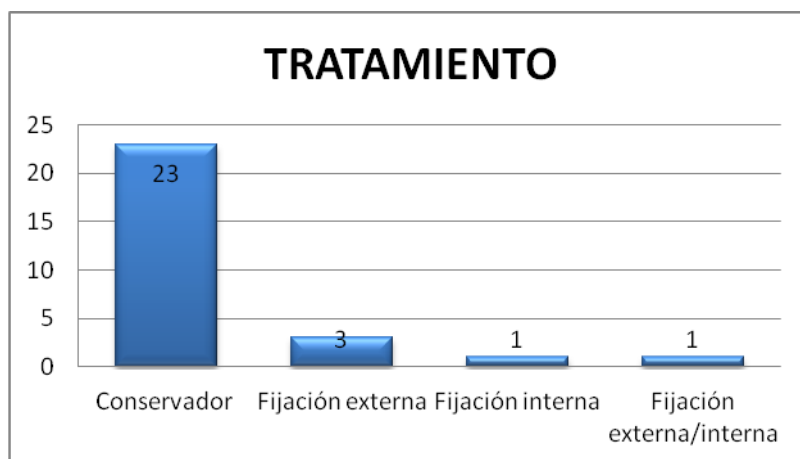


Gráfico 6. Tipos de tratamiento de la DSP

2.1.4 DISCUSIÓN

Después de analizar los resultados obtenidos nos parece importante resaltar algunas consideraciones. En primer lugar señalar que las bases de datos consultadas contienen pocos artículos que aborden la problemática de la DSP. Además, no hemos encontrado artículos con estudios clínicos controlados y randomizados (grado evidencia II). La mayoría (76%) de los trabajos son estudios de caso que describen los datos clínicos, diagnósticos y terapéuticos de uno o dos casos. Al ser trabajos descriptivos sin grupo comparador, constituyen el nivel más bajo de evidencia, no sirven para comprobar hipótesis y tienen poca utilidad en la práctica clínica (Romaní, F., 2010).

Dos trabajos describen el caso clínico y realizan además una breve revisión de la literatura. Herren et al., (2015), revisa los conocimientos actuales sobre la fisiopatología, clínica y las opciones diagnósticas y terapéuticas de la separación de la sínfisis púbica en el posparto y describe dos casos de DSP. Nitsche, J.K. y Howell, T., (2011) describen el caso de una mujer con DSP después de una distocia de hombros y efectúan una revisión retrospectiva sobre las alternativas terapéuticas de la DSP.

El trabajo de Yoo, J.J., et al., (2014) describe una serie de 11 casos de mujeres con DSP y realiza un estudio retrospectivo de 4.151 partos, para determinar la incidencia, y factores de riesgo.

El único estudio que realiza una revisión sistemática (grado evidencia I) es el de Urraca-Gesto, M.A., et al., (2015). Los autores hacen una revisión de la literatura sobre el tratamiento conservador (excluyen artículos con tratamiento quirúrgico) de la DSP durante el embarazo y el trabajo de parto. El estudio analiza 18 artículos (14 estudios de casos y 4 series de casos) sin obtener resultados concluyentes para definir el tratamiento conservador más eficaz en el manejo de la DSP dada la falta de evidencia de los estudios buscados.

No fueron encontrados estudios publicados por enfermeros y ningún estudio que implique al EESMO en el proceso de la DSP. Dadas las limitaciones metodológicas intrínsecas de estos trabajos, como la falta de muestreo estadístico, el nivel de evidencia de la mayoría de los artículos buscados fue bajo.

En segundo lugar hemos detectado confusión en la terminología empleada, en especial entre disfunción, diástasis, separación y rotura de la sínfisis púbica. El primero es el término que se ha utilizado para definir el dolor asociado a la disfunción de la articulación de la sínfisis del pubis o de la articulación sacroilíaca. Hoy día, el término más correcto según las directrices Europeas es el “dolor de la cintura pélvica” (Vleeming, A., et al., 2008).

Como refieren los autores de esta guía, el término “Pelvic Girdle Pain” es una forma específica de dolor de espalda baja (o “Low Back Pain”) que pueden ocurrir al mismo tiempo o independientemente del dolor lumbar. El embarazo, traumatismos, artritis y /o la osteoartritis son los desencadenantes más frecuentes. La prevalencia del “Pelvic Gridle Pain” en embarazadas es de aproximadamente 20%, y los factores de riesgo más importantes son una historia de dolor lumbar anterior y un traumatismo previo en la pelvis. La guía recomienda como métodos diagnósticos las pruebas de provocación del dolor (prueba de Patrick Faber, prueba de Gaenslen y prueba de Trendelenburg modificada) y el dolor a la palpación (ligamento dorsal largo y la palpación de la sínfisis). Como prueba de funcionamiento, recomienda el test ASLR (elevación activa de la pierna extendida).

La diástasis por el contrario, es la separación anormal, patológica de la articulación de la sínfisis púbica que puede presentarse en el embarazo, parto y puerperio (Bhardwaj, A. y Nagandla, K., 2014). Hay consenso en considerar que >10mm de separación en la articulación se considera diástasis. La estimación precisa de la incidencia es desconocida al ser casi siempre casos esporádicos y no haber estudios prospectivos. En los casos retrospectivos recogidos por Yoo et al., 2014, la incidencia fue de 1/385, superior a la descrita en otras series. Según los autores, la incidencia real puede estar infravalorada si el dolor de la diástasis se confunde con el dolor propio del trabajo de parto.

Atendiendo a la literatura consultada, la mayoría de los estudios sugieren que los partos instrumentados o con realización de maniobras constituyen factores de riesgo para el desarrollo de una DSP. En el análisis de los estudios presentados hemos encontrado que hay un mayor número de casos en puérperas con parto eutócico sin complicaciones. Además, el 75% de las DSP diagnosticadas en el período posparto presentaron un parto eutócico sin complicaciones. En un caso, la DSP se asoció con la maniobra de McRoberts, confirmando lo previamente publicado (Urraca-Gesto, M.A., et al., 2015). En este sentido hay que señalar que la información de los artículos no siempre era muy detallada, limitándose a reflejar “parto traumático” o “parto prolongado”. El caso publicado por Ciçek,

H. et al., (2015), la presión del fondo uterino durante la segunda etapa del parto (posiblemente en alusión a la maniobra de Kristeller). Sin embargo Nitsche, J.K. y Howell, T., (2011) refieren que la distocia de hombros fue el factor desencadenante de la DSP en la puérpera. Por otro lado, de los dos partos distócicos por cesárea descritos, uno de ellos fue indicado por tener la embarazada una DSP previa que impidió el parto eutócico.

No hemos encontrado por tanto un resultado concluyente en relación a la mayor frecuencia de la DSP en partos complicados. Los trabajos analizados no presentan suficiente evidencia para apoyar la pregunta de investigación.

En cuanto a la edad, se sugiere la existencia de una correlación positiva en la que a mayor edad, mayor es el riesgo de desarrollar esta patología debido a la pérdida de elasticidad gradual en esta articulación. El trabajo realizado por Yoo et al., (2014), es el único que compara la edad de las pacientes con DSP con un grupo control. Los resultados no encuentran diferencias estadísticamente significativas, si bien los autores reconocen las limitaciones metodológicas del mismo. En la serie recopilada, la edad media fue de 32,5 años. Un 34,1% (14 mujeres) eran mayores de 35 años.

De acuerdo con la literatura, la multiparidad es uno de los factores de riesgo para el desarrollo de la DSP; sin embargo, en los artículos revisados hemos comprobado que hay un mayor número de casos en mujeres primíparas frente a multíparas. Un estudio mediante ultrasonidos a mujeres durante el trabajo de parto demostró que si bien hay un aumento significativo de la anchura de la sínfisis púbica en la segunda etapa del trabajo de parto, este ensanchamiento no ocurre en todas las mujeres y no se relaciona con el peso del bebe, la paridad o el índice de masa corporal materno. Hallaron una relación inversa entre la edad materna y el grado de ensanchamiento de la sínfisis en las nulíparas, pero no en las multíparas (Rustamova, et al., 2009).

Otro de los factores de riesgo encontrados en la revisión de la literatura es el embarazo gemelar, en base a nuestro estudio la mayor incidencia se da en embarazos de feto único.

En lo que respecta al diagnóstico de la DSP, los tres puntos clave son: una anamnesis adecuada, una exploración correcta y pruebas de imagen apropiadas.

Considerando que tras el parto se produce una regularización del sistema hormonal descendiendo los niveles de relaxina y que esta normalización requiere varias semanas de recuperación, la mayoría de los autores considera que el tratamiento inicial de elección

para esta patología es el conservador. Incluso en una separación de hasta 4 cm se debe comenzar por este tratamiento, puesto que existen casos descritos en la literatura de 4 cm de separación en los que el resultado funcional de un tratamiento conservador fue satisfactorio sin necesidad de cirugía (Joosop, J. y Kwek, K., 2007). En los estudios consultados el tratamiento conservador fue la opción terapéutica más utilizada.

El estudio de revisión de Urraca-Gesto et al., (2004), apoya los datos de que la fisioterapia con movilización progresiva asociada al tratamiento conservador (reposo en cama en decúbito lateral y medidas de soporte mediante cinturón pélvico o cintas) reduce el tiempo de resolución de los síntomas clínicos (de 6 meses a 3 meses).

El grado de separación no siempre se relaciona con la severidad del dolor y el grado de inestabilidad. La opción quirúrgica se relaciona más con el dolor persistente que con el grado de diástasis. Según las conclusiones del trabajo de Urraca-Gesto et al., (2015), el tratamiento quirúrgico debe ser sugerido a las mujeres con dolor crónico de más de 36 meses de evolución.

Nuestra revisión bibliográfica recoge tres casos con diástasis de 9,5 cm, 5,4 cm y 4,6 cm que evolucionaron satisfactoriamente con tratamiento conservador. No obstante, si la aparición de una DSP severa (> 4cm) se da durante el embarazo, algunos autores recomiendan como tratamiento de elección el quirúrgico, ya que en este caso es preciso reconstruir el anillo pélvico y que el embarazo pueda ser llevado hasta el final gracias a una rehabilitación funcional (Pires, et al., 2015).

Dada la baja incidencia de la patología de la DSP a día de hoy se ha investigado poco sobre su prevención, así como sobre las mejores medidas para llevar a cabo un tratamiento con éxito, por lo que la presencia de dolor crónico como complicación es cada vez más frecuente (Urraca-Gesto, M.A., et al., 2015).

Mencionamos que la relaxina está implicada en los procesos de laxitud de los ligamentos durante el embarazo y el parto, y está asociada al dolor en esta articulación, pero encontramos dos estudios en los que se concluyó que la relaxina tiene relación con la presencia de dolor, pero no con la intensidad de éste ni con el grado de laxitud de los ligamentos (Ciçek, et al., 2015). Varios autores tienen la hipótesis de que las embarazadas, parturientas o púerperas que desarrollan una DSP tengan una susceptibilidad genética para la relaxina (Jain, N. y Sternberg, L.B., 2005), lo que explicaría los casos de recurrencia. Se estima que el porcentaje de recurrencias es del 50%. Esta circunstancia no debe influir en el

manejo de embarazos posteriores. En cuanto al parto, se debe proponer el parto vaginal. Si la experiencia previa fue muy traumática y existe miedo a la recurrencia se podrían considerar otras opciones (Gillaux, et al., 2011).

2.1.5 CONCLUSIÓN DE LA REVISIÓN INTEGRATIVA

Como conclusión nos parece importante resaltar que es necesario investigar más sobre esta patología por dos motivos: porque existen pocos estudios clínicos dedicados a la DSP y además existen discrepancias entre ellos y porque es una patología que, aunque infrecuente, es responsable de una morbilidad significativa que compromete la movilidad diaria y empeora la calidad de vida y con ello amenaza también la salud emocional de una embarazada, parturienta o puerpera que, por otro lado, está experimentando cambios importantes en su vida que también conllevan un proceso de adaptación por su parte.

Creemos que una buena anamnesis, la exploración física correcta, y los estudios de imagen adecuados son esenciales para reconocer esta patología.

Teniendo en cuenta que la DSP puede aparecer también durante el embarazo aunque su incidencia es menor (1:569 embarazos) posiblemente por estar infradiagnosticada al presentar una sintomatología más leve, nos parece importante que el EESMO tenga conocimientos sobre ésta patología para que pueda mantener así una actitud expectante y de vigilancia en la embarazada, para poder así detectar precozmente los signos y síntomas tempranos (dolor suprapúbico y comprometimiento de la funcionalidad) que hacen sospechar la posible presencia de una DSP.

Asimismo, durante el trabajo de parto el EESMO debe evitar realizar las maniobras intraparto que constituyen un factor de riesgo para padecer este tipo de lesiones (principalmente las maniobras de McRoberts y Kristeller). Por este motivo, nos parece importante que este tema conforme un punto de atención en la preparación para el parto otorgándole así la importancia que se merece, dándola a conocer a las embarazadas y empoderándolas en el conocimiento de los riesgos que se derivan de la realización de dichas maniobras, (SAS, 2015).

Sin embargo, cuando la DSP se presenta en el puerperio, la actuación del EESMO debe ir orientada a brindar apoyo emocional, enfatizando siempre que se trata de una complicación del proceso pero que tiene solución y, en estos casos, las actividades del

EESMO deben ir encaminadas a enseñar, apoyar y supervisar las conductas a seguir en el tratamiento conservador: aconsejar reposo en decúbito lateral izquierdo preferentemente, la utilización de dispositivos que ofrecen confort como puede ser una férula o cinta de sujeción pélvica y la administración de analgésicos/antiinflamatorios no esteroideos para la presencia de dolor conforme prescripción médica (SAS, 2015).

Independientemente de la fase en que se dé una DSP (embarazo, trabajo de parto o puerperio), la actuación del EESMO debe abordar la ansiedad, el dolor y la movilidad de la mujer, todos ellos de forma conjunta ya que uno influye en el otro. La presencia de dolor y la falta de movilidad generan un alto grado de ansiedad en un momento delicado de transición de la mujer a madre, por lo que la adaptación satisfactoria a su nuevo rol se ve afectada, apareciendo sentimientos de culpa, frustración e impotencia, constituyendo así un factor de riesgo para la depresión posparto. Por ello, las intervenciones y actividades del EESMO deben incluir la monitorización del dolor (en una escala de 0 a 10), aconsejando reposo, incentivando a la realización de fisioterapia, administrando medicación para el dolor (como ya mencionamos anteriormente) e informando sobre los dispositivos existentes que pueden contribuir al alivio del dolor (como la faja pélvica). Estas actividades contribuyen a disminuir la ansiedad, que también debe ser monitorizada (por medio de la Escala de Evaluación de la Ansiedad, (HAM-A) y se debe vigilar la angustia, la inquietud, el patrón de sueño y la preocupación que la mujer manifiesta, para lo que es imprescindible haber creado una relación empática con ella, en la que la comunicación asertiva juega un papel esencial (ICNP, 2015).

Finalmente, señalar que pese a la poca evidencia científica encontrada, realizamos la búsqueda en relación a este tema con la intención de conocer mejor el curso de esta patología, proporcionando de esta manera a los profesionales de salud un mayor conocimiento sobre la misma y direccionando intervenciones encaminadas a su resolución.

3. ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL ÁMBITO DEL PERIODO POSPARTO, RECIÉN NACIDO Y PARENTALIDAD

Durante el transcurso de la práctica clínica en el servicio de puerperio, los objetivos que el EESMO debe alcanzar se recogen en la competencia “Cuida de la mujer integrada en la familia y comunidad durante el periodo posnatal”. Esta competencia comprende los siguientes objetivos:

“Promueve la salud de la mujer y RN en el periodo posnatal”.

“Diagnostica precozmente y previene complicaciones para la salud de la mujer y RN durante el periodo posnatal”.

“Asegura cuidados en las situaciones que puedan afectar negativamente a la salud de la mujer y RN en el periodo posnatal” (OE, 2010, p. 6).

El término puerperio tiene su origen etimológico en “puerperium” una palabra latina que describe las fases por las que pasa una mujer después de parir y antes de recuperar el mismo estado que tenía antes de estar embarazada. El puerperio constituye por tanto, un período que abarca las 6 semanas después del parto. Podemos decir que el puerperio tiene su inicio después de la expulsión de la placenta y su fin cuando la totalidad del organismo materno vuelve al estado en que se encontraba antes del embarazo. Se trata por tanto, de una etapa que tiene una duración variable (Brito, R., Oliveira, E. y Carvalho, F., 2008). La OMS define el puerperio como el período que comienza alrededor de una hora después del alumbramiento y abarca las primeras seis semanas después del parto.

Cuando la madre no amamanta, el tiempo aproximado hasta la aparición de la primera menstruación es casi siempre de unos 40 días (6 semanas); pero sin embargo, si la madre amamanta, por lo general, no aparece sangrado menstrual, la glándula mamaria no ha involucionado, de manera que sigue produciendo leche (Socarrás, cit en Lemus, B.O., 2009).

El puerperio es un período de transición en el que aparecen un conjunto de cambios tanto a nivel orgánico (se incrementan los niveles de prolactina y oxitocina), como psicológico que preparan a la mujer para desempeñar la función de madre (CID 10).

En este periodo se desarrollan paralelamente multitud de cambios fisiológicos y anatómicos en la mujer con el fin de volver gradualmente al estado pregravídico y

establecer la lactancia (Bezares, B., Sanz, O. y Jiménez, I., 2009). Es importante que el EESMO los conozca para poder llevar a cabo una atención integral y unos cuidados de salud específicos tanto para la madre, como para el hijo.

Los cambios fisiológicos del puerperio se producen a diferentes niveles. En relación al sistema hematopoyético, la hemorragia que se verifica después del alumbramiento (normal hasta 500 ml de sangre) lleva a una disminución del volumen sanguíneo y a una disminución del débito cardíaco; el volumen sanguíneo se restablece después de la sexta semana después del parto. Por eso aparece una disminución del hematocrito y de los niveles de hemoglobina, que suelen volver a sus valores normales hacia el sexto día posparto (Karlsson, H. y Pérez Sanz, C., 2009).

En cambio, durante los primeros días posparto tanto los valores de leucocitos como la actividad fibrinolítica se encuentran aumentados (la leucocitosis de hasta 13000 es fisiológica). Los leucocitos son liberados hacia el torrente sanguíneo en respuesta al estrés sufrido durante el trabajo de parto. El incremento de la actividad fibrinolítica funciona como mecanismo homeostático: después de la salida de la placenta aparece una disminución en el número de plaquetas, que trae como consecuencia un incremento de la adherencia plaquetaria y trombocitosis (Socarrás, cit en Lemus, B.O., 2009).

En lo que al sistema digestivo se refiere, las funciones digestivas y gastrointestinales van retomando sus funciones normales a medida que las vísceras de la cavidad abdominal vuelven progresivamente a su espacio anatómico original, aunque en este momento el estreñimiento aparece frecuentemente, pudiendo ser varias las causas responsables, como la presencia de hemorroides, la episiotomía/desgarro de grado IV, el estreñimiento y el relajamiento de la musculatura abdominal y perineal, durante el embarazo por efecto de la relaxina (*Ibidem*).

En el sistema tegumentario, las estrías que aparecieron en el embarazo cambian de color en el puerperio, disminuyendo su tamaño. En la piel, la hiperpigmentación que aparece en el embarazo tanto en las mamas, como en la zona abdominal (línea alba) y en la cara (cloasma) tiende a desaparecer, aunque en algunas ocasiones no desaparece totalmente. Por otro lado, es habitual la caída del cabello y que aparezca mayor fragilidad en la uñas (Santos, E., 2002).

En relación al sistema endocrino, los niveles de progesterona y estrógenos disminuyen drásticamente después del parto y aumentan los niveles de prolactina y la

oxitocina, involucradas en la lactogénesis, en la contracción uterina y en la conexión madre-hijo (Socarrás, cit en Lemus. B.O., 2009).

En cuanto a los ciclos menstruales regulares, varían un poco de puérpera a puérpera y de si amamanta o no. Así, encontramos que las puérperas que amamantan regularizan su ciclo menstrual entre el segundo y décimo octavo mes tras el parto, dependiendo del estímulo de succión. En las puérperas que no amamantan el ciclo menstrual se regulariza hacia las 6-8 semanas posparto (*Ibidem*).

En lo que al sistema urinario se refiere, se produce un incremento de la diuresis, de hasta 2000 ml, en las primeras 24 horas y menos en días posteriores, como mecanismo homeostático, al eliminar de esta manera el exceso de agua intersticial que queda retenida durante el embarazo de forma fisiológica. En cambio, tanto la vejiga como los uréteres permanecen dilatados hasta el final del puerperio. El tono muscular del suelo pélvico se va recuperando de forma gradual (*Ibidem*).

En el interior del útero se da un proceso de necrosis y eliminación de la decidua que abarca los diez primeros días del puerperio: en el momento en que termina el tercer período del TP el fondo uterino es palpable alrededor de la zona umbilical, de consistencia dura (Centeno, 2005). Teniendo en cuenta que el útero desciende entre 0,7 y 1,5 cm cada día, al octavo día de puerperio se puede palpar por encima de la sínfisis pubiana (Santos, 2002). Así, durante los primeros días posparto la puérpera experimenta un dolor de carácter fisiológico debido a las contracciones que se producen en el miometrio; el dolor aumenta de forma considerable mientras el bebé mama, dado que la succión del bebé estimula la producción de oxitocina en la madre, responsable de las contracciones miométricas, además de contribuir en el establecimiento del vínculo entre la madre y el hijo (Centeno, M., 2005).

La descarga uterina sanguínea durante el puerperio se denomina loquios. En los primeros días después del parto, estos se componen esencialmente por eritrocitos y fragmentos de decidua (loquios hemáticos), con un volumen variable, normalmente no excediendo el de un flujo menstrual. A partir del quinto día de puerperio y debido a la disminución progresiva en la descarga uterina de sangre, se vuelven acastañados (loquios serohemáticos). Alrededor del décimo día, se convierten en loquios serosos. El olor es característico ("sui generis"), pudiendo variar de puérpera a puérpera, ya que también

depende de su flora vaginal. Normalmente los loquios desaparecen alrededor de la quinta o sexta semana posparto (Centeno, M., 2005).

Además aparecen cambios a nivel del cuello del útero: su diámetro vuelve a su estado pregravídico de forma gradual, pudiéndose observar alrededor del décimo día posparto en las mujeres que tuvieron parto vaginal, que el cuello se encuentra impermeable y el cérvix tiene forma de hendidura (Santos, E., 2002).

En relación a la vagina, ésta se encuentra edematizada y los músculos de las paredes vaginales están relajados durante el posparto inmediato. A partir de la tercera semana posparto la vagina recupera la normalidad (Santos, 2002; Centeno, 2005). Relativamente a la vulva, ésta se encuentra inflamada y edematizada inmediatamente después del parto, aunque en pocas horas suele desaparecer (Rezende, J., 1995).

Durante la estancia de la puérpera en el hospital el EESMO debe actuar en las siguientes áreas diferenciadas: la promoción de la salud tanto materna como del recién nacido, la identificación precoz de problemas, la vigilancia de las alteraciones mencionadas y prevención de complicaciones en este período, así como la promoción de la transición a la parentalidad (OE, 2011). El acompañamiento de la puérpera en el posparto se realiza con el objetivo de vigilar que el curso de las alteraciones consideradas fisiológicas que aparecen en este periodo evolucionan bien y preparar a la puérpera para cuidar de su bebé y de sí misma (Almeida, M., y Silva, I., 2008).

La presencia del EESMO es fundamental en el puerperio, abarcando la dimensión física, psíquica, el establecimiento del vínculo entre los padres y el RN y adaptación parental a su nuevo rol. Para ello, es imprescindible proporcionar confort e información sobre los cambios que se producen durante el ciclo puerperal, así como enseñar a la puérpera sobre las señales que deben ser consideradas de alarma durante este período en relación a los loquios, las mamas y la herida quirúrgica/laceración (Ministerio da Saúde, 2001).

Podemos decir que las actividades e intervenciones más realizadas en el contexto de las prácticas del puerperio se agrupan en tres vertientes: en el cuidado de la puérpera, en la lactancia materna y en los cuidados al nuevo miembro de la familia.

Durante nuestra práctica, en el momento de entrada de la mujer en el servicio de Puerperio, nos identificamos y recibimos a la pareja con gentileza y educación, invitándoles al diálogo sobre la experiencia del parto. Además, aprovechamos esta conversación para llevar a cabo el acogimiento de la pareja, después procedimos a mostrar la habitación e

informar sobre los recursos disponibles, las normas de funcionamiento, la situación de la campanilla de alarma y los horarios de visita tanto para familiares como para el padre, así como de la posibilidad de registrar al RN en el hospital, trámite que se realizaba por la mañana. En todos los casos explicamos a la madre que el bebé estaría con ella todo el internamiento para fomentar la relación madre-hijo e informamos sobre los horarios en los que se prestaban los cuidados al bebé; en el hospital donde realizamos las prácticas estos cuidados se realizaban por la tarde para aprovechar la presencia del padre e implicarle en los cuidados. También durante el ingreso aprovechamos para consultar el proceso clínico tanto de la puérpera como del RN.

La actividad de vigilancia comenzaba comprobando los datos de identificación de la madre y del RN, de la pulsera electrónica, el correcto clampaje del cordón y el sexo del bebé.

Los diagnósticos de enfermería que identificamos más frecuentemente fueron: riesgo de hemorragia y riesgo de hipotensión (ICNP, 2011). En base a estos diagnósticos comenzamos a elaborar el plan de los cuidados para las primeras horas: verificación del globo de seguridad de Pinard, vigilancia de la involución uterina, vigilancia de la pérdida sanguínea cada 4 horas en cuanto a cantidad, olor y presencia/ausencia de restos placentarios, así como la vigilancia del estado de la laceración o herida quirúrgica perineal o abdominal en caso de cesárea, así como la presencia de dolor y edema (Jacob, A., 2012; NICE, 2006). En presencia de dolor y edema en la región perineal, nuestra primera intervención fue la evaluación del estado del perineo (aprovechando también, de esta manera, para vigilar la pérdida) en cuanto al endurecimiento y enrojecimiento, además de tomar la temperatura de la puérpera con el objetivo de detectar fiebre. Otra intervención se centró en aconsejar la colocación de hielo protegido con compresas para evitar abrasiones (en un tiempo máximo de colocación de 15 minutos), con el objetivo de proporcionar confort y disminuir el edema perineal (ICNP, 2011). En los casos en que la puérpera refirió dolor fuerte y presentaba edema procedimos también, para reducir el dolor, a la administración del fármaco Paracetamol (preferiblemente vía oral) de 1 gramo, con un intervalo de 8 horas y bajo prescripción médica (NICE, 2006). Cabe destacar que de los casos que tuvimos en el contexto de las prácticas, sólo 3 de las puérperas precisaron del tratamiento farmacológico mencionado. También verificamos el tipo de pezones (normales, grandes o pequeños, planos, invertidos, hinchados o unilaterales) ya que algunos presentan

problemas para la lactancia materna y no favorecen la pega del bebé a la mama, así como la cantidad de calostro. Además, vigilamos la PA, la temperatura y el pulso, y cuando se producía la primera micción espontánea, evaluamos sus características y su cantidad. La primera micción debe aparecer durante las primeras 6 horas posparto, existiendo riesgo de hemorragia cuando la vejiga llena presiona el útero e impide el proceso natural de involución. Cuando en este intervalo de tiempo no se produjo la primera micción espontánea y se detectó, mediante palpación, una distensión vesical, recurrimos a la introducción de una sonda vesical para drenar la orina (NICE, 2006; Montenegro y Rezende-Filho, 2013; Campos, D.A., Montenegro, N. y Rodrigues, T., 2012). En el contexto de las prácticas, encontramos dos situaciones en las que tuvimos que recurrir a esta última intervención.

Además explicamos a la puérpera el importante papel que protagoniza la deambulación precoz en la prevención de fenómenos tromboembólicos e informamos de que el primer levante que realizara debería ser asistido por el EESMO, dado el riesgo que tienen de sufrir una lipotimia como consecuencia de la analgesia epidural y/o de la pérdida de sangre; en los partos eutócicos es preferible que la puérpera no se levante antes de que hayan pasado seis horas tras el parto, y en los partos por cesárea esta recomendación se extiende a las doce horas posparto ya que la anestesia utilizada es otra (raquídea). Por ello, antes de levantarse por primera vez también fue identificado en algunas puérperas el diagnóstico de Potencial Riesgo en el Proceso Vascular (ICNP, 2011), al observarse edema, dolor a la palpación, cambio de temperatura, en la/s pierna/s, parte baja del abdomen o región inguinal. En este sentido, informamos e incentivamos la movilización de los miembros inferiores con la puérpera tumbada en la cama antes de levantarse por primera vez o en el caso de no poder levantarse. (Montenegro, C.A.B. y Rezende-Filho, J., 2013; Graça, L.M., 2010). Asimismo, antes de su primer levante también identificamos en todas las puérperas el diagnóstico de Confort alterado (ICNP, 2011), ya que las puérperas, durante este intervalo de tiempo, no podían ser independientes en relación a su higiene. La intervención que realizamos en este sentido fue la prestación de cuidados de higiene en la cama, con el objetivo de proporcionar confort hasta que las puérperas conseguían ser independientes en este sentido. También informamos a todas las puérperas sobre la forma en que debían llevar a cabo su autocuidado en relación a la higiene perineal, abordando cuestiones como la importancia del lavado de manos antes y después de la higiene

perineal, la frecuencia de cambio de la compresa (cada 4 horas o cada vez que fueran al cuarto de baño o fueran a tomar un baño), características de los loquios y su evolución, los productos de higiene que debe utilizar. El autocuidado puede definirse como la realización de actividades en propio beneficio, con el objetivo un buen mantenimiento de la salud y el bienestar personal (OE, 2011). Se trata de uno de los pilares de la promoción de la salud, y está unido a los conceptos de independencia y autonomía como responsabilidad de cada persona (Petronilho, F., 2012). Es importante que la puérpera perciba la importancia de su autocuidado por lo que nuestro objetivo se centró en reforzar estas actividades, ya que las puérperas suelen priorizar todo lo que está relacionado con el bebé (Silva, L., et al., 2009). La Société Française d’Hygiène Hospitalier (2008), citada por la OE en (2011), recomienda llevar a cabo las siguientes actividades y enseñanzas a las puérperas mientras se encuentran internadas:

- Realizar una evaluación diaria del estado del área perineal.
- Fomentar la ducha diaria y la higiene perineal cada vez que utilice el cuarto de baño con agua, secando bien la zona para prevenir la infección.
- Fomentar el cambio de la compresa higiénica según la cantidad y características de los loquios, aconsejando no mantener a misma compresa higiénica por un tiempo superior a 4 horas, promoviendo así la higiene y el mantenimiento de la zona perineal lo más seca posible.
- En caso de que la puérpera sienta dolor, presión o malestar cuando se sienta, aconsejar la utilización de una toalla doblada (o una almohada redonda) cuando se siente (OE, 2011).

En el caso de que fuera necesario recurrir a los fármacos para paliar el dolor, el de elección será Paracetamol o, si éste no resultara eficaz, un antiinflamatorio no esteroideo, vía oral (según prescripción médica).

- Aplicar la terapia con frío si fuera preciso como una herramienta más para paliar el dolor y el edema en la zona vulvar y perineal.
- Aconsejar un patrón higiénico corporal diario, lavando con cuidado la zona del perineo de adelante hacia atrás, simplemente con agua y jabón, secando bien la zona suavemente, realizándolo cada vez que tenga que evacuar (Conselho de Enfermagem, 2009).
- Fomentar y facilitar la utilización de ropa que se adecúe a las necesidades la puérpera.

En el contexto de las prácticas también informamos a las puérperas sobre la posibilidad de utilizar el cinturón posparto tras una cesárea, aunque sólo en el momento en que se hubiera restablecido el tránsito intestinal y por un período no muy prolongado (primeros días posparto). Sin embargo, de no ser una cesárea no se recomienda el uso de dicha cinta, ya que puede contribuir para la flacidez de la piel (Conselho de Enfermagem, 2009).

En este período se dan un conjunto de factores que contribuyen al estreñimiento, como son la lentitud intestinal resultante del embarazo (por efecto de la progesterona), que la musculatura perineal y abdominal se encuentra aún relajada (por efecto de la relaxina), la presencia de hemorroides, episiorrafia y el reposo relativo. La movilización precoz favorece el restablecimiento de la función intestinal (Varela, C.S.V.D.J., 2007). Por ello, identificamos en algunas puérperas el diagnóstico de Riesgo de estreñimiento (ICNP, 2011). En este aspecto, nuestras intervenciones de enfermería se dirigieron a proporcionar información sobre las alteraciones que se producen en cuanto al patrón intestinal, aconsejar beber de 8 a 10 vasos de agua al día, consumir alimentos ricos en fibra y la movilización, que favorecen el restablecimiento de la función intestinal. En el contexto de las prácticas, hubo tres casos en que las puérperas manifestaron dolor y malestar intestinal, por lo que nuestra intervención en este sentido se centró en la administración de laxante de contacto bajo prescripción médica.

Durante el turno de la mañana llevamos a cabo actividades de vigilancia con cada puérpera respondiendo al foco Autocuidado Pos-parto (ICNP, 2011), entendido como todo aquello que cada mujer hace por sí misma durante este periodo. Así, valoramos la evolución de cada una de ellas mediante un examen físico en el que revisamos las mucosas, las mamas, la pérdida de sangre y a herida quirúrgica o laceración (en sentido céfalo-caudal). También realizamos actividades de evaluación sobre el conocimiento de cada puérpera en relación a las características de los loquios, a la prevención y la gestión de complicaciones mamarias, a los cuidados de higiene perineal, así como en relación a las señales de alarma en el período puerperal. Además prestamos cuidados referentes al estado emocional interesándonos por su estado de ánimo, sus miedos y preocupaciones ante la nueva situación, la conexión madre-hijo, la adaptación progresiva a la lactancia materna, la realización de ejercicios para el fortalecimiento de la musculatura pélvica como prevención de incontinencia urinaria de esfuerzo. Una de las actividades que llevamos a

cabo durante las prácticas fue incentivar la práctica de los ejercicios de Kegel para reforzar el tono muscular del suelo pélvico. Estos músculos son importantes en el control de la función urinaria (Pena Outeiriño, J.M., et al., 2007). Para facilitar su aprendizaje e identificar los músculos del suelo pélvico explicamos a la puérpera que en el momento de la micción contraiga varias veces la musculatura del periné intentando cortar o modificar el chorro de orina, evitando contraer glúteos o rectos, hasta que tome conciencia de los músculos a contraer se recomienda realizar esto solo una vez pues su realización reiterada puede ser perjudicial, en la interrupción de la micción puede quedar aún orina, lo cual puede originar cistitis (*Ibidem*).

Otra de las formas de identificar la musculatura del suelo pélvico consiste en introducir un dedo en la vagina y realizar presión con los músculos como si quisiera parar la micción; si la puérpera siente la contracción en su dedo, significa que lo está realizando de manera correcta. Estos ejercicios sólo son efectivos si los músculos que se contraen son los correctos y se realiza la técnica adecuadamente. En cuanto a la postura, estos ejercicios pueden ser realizados en diferentes posiciones: sentada, tumbada, en pie... Incluso con las piernas más elevadas que la región pélvica tumbada en un sofá, por ejemplo, y contraer la musculatura del suelo pélvico durante 3 segundos, relajando inmediatamente después. Se debe realizar esta secuencia en un ciclo de diez a quince veces, tres veces al día, respirando normalmente mientras contrae y relaja estos músculos. Es importante que la puérpera se cerciore de que no está contrayendo los músculos abdominales, de las nalgas o de los muslos mientras está realizando los ejercicios de Kegel. Con un entrenamiento adecuado se puede ir incrementando el tiempo de los ejercicios en lo que a los segundos de cada secuencia se refiere, pudiendo aumentar de tres hasta ocho los segundos de cada contracción muscular. Cabe destacar que la realización de esta secuencia en los ejercicios de Kegel es primordial durante los tres primeros meses posparto. Una vez que la puérpera siente esta musculatura más tonificada (sobre todo puede sentir que cesa la incontinencia de esfuerzo, o si no cesa, al menos disminuye de forma significativa), resulta saludable mantenerlos, aunque a un menor ritmo, reduciendo el número de secuencias y repeticiones de cada ciclo (Thomas, L., 2016).

Después del parto es importante prestar atención a los cambios que se producen en cuanto a la dimensión psicológica: la puérpera se encuentra en un estado de transición, de adaptación a su nuevo rol como madre (Silva, L., et al., 2009). Además, la caída brusca

de estrógenos y progesterona que se produce tras el parto, contribuye al desarrollo de lo que se conoce como “blues posparto” o “baby blues”, que aparece con mayor frecuencia en madres primerizas y se considera normal. Aparece irritabilidad, llanto, ansiedad inquietud en la puérpera, aunque este cuadro clínico no se instaura mucho en el tiempo. En cambio, si se prolonga en el tiempo, puede convertirse en depresión posparto, cuyos síntomas son de mayor gravedad y persisten más tiempo (con síntomas como anhedonia, pérdida de peso y apetito e insomnio). El período para la aparición de una depresión posparto se extiende desde el nacimiento hasta el año de vida del bebé, aunque lo más común es que aparezca durante las dos primeras semanas posparto. Para la formulación de un diagnóstico diferencial entre el “blues posparto” y la “depresión posparto”, el factor a tener en cuenta es el tiempo en el que aparecen (Fred, K. y Berger, M.D., 2016). El establecimiento de este diagnóstico diferencial es esencial cuando aparece, ya que la depresión posparto requiere de una intervención precoz y normalmente precisa de un tratamiento combinado, incluyendo fármacos y psicoterapia (Raygoza, et al., 2010). En este sentido, el EESMO debe vigilar las conductas de la puérpera mientras se encuentra internada, su interacción con el bebé y su estado de ánimo, con el objetivo de identificar cuáles son las mujeres que tienen un mayor riesgo para la aparición de trastornos del estado de ánimo. Las intervenciones de enfermería en este área fueron dirigidas al mantenimiento del soporte emocional por medio de la promoción del diálogo con la puérpera para que pueda expresar sus sentimientos frente a su nuevo rol, utilizando como instrumento de la comunicación la escucha activa, el contacto visual y manteniendo una postura corporal que muestre empatía e interés, además de favorecer la continuación de esta atención en los Centros de Salud tras el alta clínica de la puérpera.

En el contexto de las prácticas, tuvimos la necesidad, en cinco de las puérperas a las que proporcionamos cuidados, de implementar la intervención relativa a la administración de inmunoglobulina Anti-D por vía intramuscular (una dosis de 300 µg) que debe ser administrada durante las primeras 72 horas posparto. Esta intervención fue llevada a cabo en los casos de madres que poseen un tipo de sangre Rh negativo cuyo Test Coombs indirecto muestra que no están sensibilizadas anteriormente (Freitas, F., et al., 2001).

Por otro lado, también identificamos el diagnóstico adicional de Riesgo de Metabolismo Alterado (ICNP, 2011) en siete de las puérperas con Diabetes Mellitus y/o Diabetes Gestacional. En este ámbito, las intervenciones que desarrollamos fueron la

perfusión de suero fisiológico con glucosa al 5%, la vigilancia de los signos de hipo/hiperglicemia, por medio de la monitorización de la glicemia capilar cada dos horas. Además, en cuatro de estas puérperas fue preciso administrar insulina de acción rápida (dosis de 5UI) por vía subcutánea. En estas cuatro puérperas y en las puérperas con Diabetes Mellitus, además de la implementación de las intervenciones ya mencionadas, también procedimos a monitorizar la glicemia capilar pre y postprandial (Campos, D.A., Montenegro, N. y Rodrigues, T., 2012).

Respecto al planeamiento de los cuidados del RN, durante las primeras horas posparto fueron vigilados en todos los RN los signos de Riesgo de Infección, Riesgo de Hipotermia, Riesgo de Aspiración y el Riesgo de Desarrollo Infantil Inadecuado; este último hace alusión a la vigilancia sobre el establecimiento de la función intestinal y urinaria en el RN (ICNP, 2011). Los primeros cuidados de la enfermería dirigidos al RN, en el contexto de las prácticas, pasan por promover el contacto entre la madre y el hijo con el objetivo de mantener la temperatura del bebé y favorecer el desarrollo de la conexión madre-hijo (Hockenberry, M.J., Wilson, D. y Winkelstein, W., 2006).

Uno de los objetivos de los cuidados del EESMO durante el internamiento de la puérpera es orientar y entrenar, tanto a ella como al padre sobre funciones parentales, a partir de comportamientos que han de convertirse en hábitos, alcanzando así la autonomía en cuanto al desarrollo del papel de padre/madre (Burroughs, A., 1995). De esta manera, identificamos el foco de Papel Parental (ICNP, 2011). Durante las prácticas nuestras intervenciones en relación a este foco se dirigieron a enseñar a los padres los cuidados del RN: cambio de pañal, baño, desinfección del cordón umbilical, corte de uñas, la ropa más adecuada para el bebé, la frecuencia con que deben miccionar y defecar, cómo colocarlo en la cama para dormir.

Respecto a los cuidados de higiene en el cambio del pañal, aconsejamos la utilización de compresas con agua en lugar de toallitas húmedas, restringiendo la utilización de estos últimos a situaciones puntuales (viajes, paseos), dado que contribuyen al desarrollo de la erupción del pañal. También enseñamos sobre la colocación del pañal, con los pliegues hacia afuera para no dañar la piel, dejando siempre sin cubrir el cordón umbilical con el pañal.

Por otro lado, el baño del RN se realizaba en el turno de la tarde con el objetivo de aprovechar la mayor probabilidad de presencia de los padres.

En relación al baño, primero la madre debe colocar el material que va a necesitar; la ropa del bebé debe quedar colocada en el orden en que vaya a ser puesta. La puérpera debe lavar sus manos antes de poner el agua en la bañera y quitarse anillos, pulseras y relojes: el agua del baño debe estar en torno a los 37° C (confirmando la temperatura con la muñeca o con el codo) y cubrir un palmo de la mano desde la base de la bañera (7,5 cm de agua), con el objetivo de prevenir ahogamientos (Beck, et al., 2004). La bañera debe estar colocada en una superficie plana y alejada de ventanas y puertas que favorezcan la pérdida de calor. El baño no debe superar los 5 minutos, ya que el RN pierde calor mientras está desnudo o húmedo. El baño debe realizarse en sentido céfalo-caudal “de lo más limpio a lo más sucio”, exceptuando los ojos que se lavan con suero fisiológico una vez el RN ya está vestido. Antes de vestir al RN, puede aplicársele oleo de almendras, o bien se pueden colocar unas gotas en el agua. A los padres que manifestaron querer utilizar productos de higiene les aconsejamos que utilizaran jabones syndets que estuvieran libres de alcohol, perfumes y parabenos, aunque cabe destacar que la evidencia científica nos refleja que el RN no necesita utilizar este tipo de productos al menos en el primer mes de vida (Hockenberry, M.J., Wilson, D. y Winkelstein, W., 2006). La frecuencia del baño debe ser de tres baños por semana, en días alternos. Respecto a las uñas, éstas deben ser cortadas con lima de papel o con tijeras de puntas redondas.

Antes de vestir al bebé es necesario realizar la desinfección del cordón umbilical: ésta se realiza con el pañal ya colocado (con los pliegues hacia afuera para no dañar la piel y doblado para no tapar el cordón) con alcohol al 70%, siempre de la base para hacia el extremo y realizando la limpieza en círculos. Existe evidencia científica que afirma que no existen diferencias entre la utilización de agua o alcohol en lo que a prevención de onfalitis se refiere (Zupan, J., Garner, P. y Omari, A., 2004). Es muy importante secar bien después, ya que la humedad favorece para la presencia de infecciones. En condiciones normales, el cordón umbilical pasa por un proceso de momificación que culmina con la caída del mismo entre el séptimo y el décimo día de vida. En este sentido informamos a los padres sobre las señales que sugieren una infección del cordón umbilical, como son el mal olor, unido a un exudado purulento, encontrando la base del ombligo con rubor e hinchada y que no sigue el proceso de necrosis normal.

En relación a la colocación del RN en la cuna, debe ser colocado en el borde inferior, con el cuerpo en decúbito dorsal y la cabeza lateralizada, con el objetivo de prevenir el Síndrome de Muerte Súbita de Lactante (Neves, C.M., 2011).

En cuanto a las micciones y deposiciones, el bebé debe realizar al día alrededor de 6 micciones (después de cada mamada) y 3 deposiciones. Es importante especialmente que el EESMO vigile la primera micción y deposición, pues el RN debe orinar en las primeras 24 horas y defecar entre las primeras 24 y 48 horas de vida. Es señal de que el tracto gastrointestinal y aparato urinario funcionan correctamente. Es importante, asimismo, explicar a la puérpera que las heces irán cambiando de color, pasando primero por un color oscuro (casi negro, meconio), que al segundo día cambia su color y son más claras (heces de transición), hasta que al tercer día se vuelven de color amarillo (heces lácteas). Procedimos a vigilar las mamadas y el grado de distensión abdominal en los RN que no orinaron ni evacuaron durante las primeras 24 horas de vida (Beck, et al., 2004).

Durante su estancia en el hospital, todos los RN fueron vacunados de Hepatitis B, según recomienda la Dirección General de Salud. Antes también se administraba la vacuna de la Tuberculosis a todos los RN, hoy solo se administra a grupos de riesgo. También fueron realizados a todos los bebés varios rastreos: el Rastreo Auditivo Neonatal, el Rastreo de Cardiopatías Congénitas y el Rastreo de Enfermedades Metabólicas. Los dos primeros se realizan cuando el RN ya tiene al menos 24 horas de vida, y para realizar el Rastreo de Enfermedades Metabólicas es necesario que el bebé tenga 72 horas de vida, motivo por el que la realización de la intervención concerniente a este último rastreo solamente fue efectuada en los bebés que habían nacido por parto distócico por cesárea (ya que su internamiento se alargaba a 72 horas). En el resto de los casos informamos a los padres sobre la necesidad de marcar una consulta entre el tercero y el sexto día de vida del bebé en la Unidad de Salud Familiar que les corresponda, para realizar este rastreo (y donde se realizará el seguimiento del desarrollo del RN tras recibir el alta del Servicio de Puerperio).

En relación a los RN cuyas madres tenían Diabetes Gestacional (y también en los casos de bebés Ligeros para la Edad Gestacional, Grandes para la Edad Gestacional o PEG) señalamos el diagnóstico adicional de Riesgo de Hipoglicemia (ICNP, 2011). En estos casos implementamos las siguientes intervenciones: vigilancia, durante las primeras horas de vida del RN, sobre la presencia de señales que sugieren comprometimiento del Sistema Nervioso Central (hiperirritabilidad, temblores), además de la vigilancia de otras señales

como hiperactividad, succión continua de las manos, sudores, vómitos, estornudos, hiperbilirrubinemia, policitemia, llanto agudo, diarrea, taquipnea y/o convulsiones (Gaspar, C.N. y Nascimento, M.J.P., 2004).

En el caso de las parejas que ya tenían más hijos fue identificado el diagnóstico adicional de Riesgo de Celos del Hermano/Hermana. En este sentido el objetivo del planeamiento de los cuidados se centró en la adaptación del hermano/s más mayor/es a la nueva situación familiar, por medio de estrategias como elogiar al/los hijo/s más mayor/es, consentir que ostente/n privilegios por su condición de hermano/s mayor/es (como irse a la cama más tarde, por ejemplo). También les aconsejamos que trataran de no alterar, en la medida de lo posible, que el espacio y la rutina del/los hermano/ mayor/es no se viera alterada, al menos durante los primeros meses (Hockenberry, M.J., Wilson, D. y Winkelstein, W., 2006).

En relación al foco de Lactancia (ICNP, 2011), el EESMO tiene un importante papel, ya que es el responsable en la prevención de la aparición de problemas y de que la lactancia materna tenga éxito, implementando intervenciones para tal fin y proporcionando conocimientos sobre como amamantar. Según la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño, (WHA 55 A55/15, párrafo 10, p. 8): “La lactancia natural es una forma sin parangón de proporcionar un alimento ideal para el crecimiento y desarrollo sanos de los lactantes; también es parte integrante del proceso reproductivo, con repercusiones importantes en la salud de las madres. Como recomendación de salud pública mundial, durante los seis primeros meses de vida los lactantes deberían ser alimentados exclusivamente con leche materna para lograr un crecimiento, desarrollo y salud óptimos”.

La institución hospitalaria donde fue realizada la práctica clínica es miembro de la Comisión Nacional “Iniciativa Hospitales Amigos de los Bebés”, con sede en UNICEF. Así, los hospitales miembros de esta Iniciativa siguen el siguiente decálogo:

1. “Tener una política de promoción de la lactancia materna”.
2. “Dar formación al equipo de cuidados de salud para poner en práctica esta política”.
3. “Informar a todas las embarazadas sobre las ventajas y la práctica de la lactancia materna”.

4. "Ayudar a las madres a iniciar la lactancia materna en la primera media hora tras del nacimiento".
5. "Enseñar a las madres como amamantar y mantener la lactancia, incluso si tienen que separarse de sus hijos temporalmente".
6. "No dar al RN ningún otro alimento o líquido además de la leche materna, a no ser que sea según indicación médica".
7. "Practicar el alojamiento conjunto: permitir que las madres y los bebés permanezcan juntos 24 horas al día".
8. "Dar de mamar siempre que el bebé quiera".
9. "No dar tetinas o chupetes a los niños amamantados al pecho".
10. "Fomentar la creación de grupos en el contexto de la formación. Enseñar las señales que indican que el RN está mamando bien. Estas señales son: labio inferior vuelto para fuera, mejillas redondeadas, respiración profunda, que la barbilla toque el pecho de la madre y su boca tape casi la totalidad de la areola. Además, la madre debe liberar la nariz del RN, colocando la mano "en forma de C" alrededor de la parte de atrás de la mama, como ofreciéndola; esto es, lejos del pezón para no obstruir la salida de la leche pero sí liberar la nariz del bebé".

Para conseguir estos objetivos, en el contexto de las prácticas, llevamos a cabo varias actividades; enseñamos a la puerpera las señales de que el bebé está adaptado a la mama, conocidos como señales de buena pega (labio inferior del bebé vuelto para fuera, las mejillas están redondeadas, la respiración es tranquila, la barbilla del bebé toca la mama de la madre y la boca del bebé abarca casi la totalidad de la areola), como tiene que colocarse la madre para amamantar (lo más importante es seguir la regla "barriga con barriga", sea cual fuere la posición escogida, sea sentada, sea tumbada), como retirar al bebé de la mama (introduciendo un dedo entre la mama y la boca del bebé), la prevención de grietas en los pezones colocando un poco de calostro al final de cada mamada, (pues tiene propiedades cicatrizantes) enseñamos la frecuencia y tiempo de las mamadas: la frecuencia se considera a demanda del bebé, no dejando un intervalo mayor a tres horas hasta cumplir el primer mes de vida; en cuanto a la duración de cada mamada, ésta varía entre unos bebés y otros, pero ha de ser mínimo de diez minutos, aumentando gradualmente con el transcurrir del puerperio. Todas estas enseñanzas se realizaban durante el acompañamiento de las mamadas, en el que aprovechamos para supervisar y vigilar la

presencia de los reflejos normales en el bebé y el estado de las mamas de la madre, así como enseñar a la madre a posicionar el RN para que eructe al final de cada toma y elimine así el gas ingerido durante la mamada. En este proceso de vigilancia también aprovechamos para enseñar a la puérpera las posibles complicaciones que a veces aparecen derivadas de la lactancia materna y las estrategias para corregirlas (Levy, L. y Bertolo, H., 2012). La aparición de grietas o fisuras en el pezón revela el inadecuado agarre al pecho del bebé, siendo esta la causa más común de que esto ocurra. Las intervenciones en este sentido eran la corrección de la pega y su supervisión. Enseñamos también el masaje mamario, que además alivia la tensión que las puérperas experimentan cuando baja la leche, que aparece alrededor del segundo al tercer día posparto, acompañado de escalofríos, fiebre y la mama tensa y que puede producir ingurgitamiento mamario. La intervención en este sentido fue enseñar la técnica del masaje mamario, consistente en colocar compresas calientes alrededor de la mama durante 5 minutos, y después realizar el masaje en el sentido de las agujas del reloj, con los nudillos de los dedos en la glándula mamaria. Este procedimiento, además de aliviar la tensión mamaria de la bajada de la leche, se puede realizar también antes de las mamadas para favorecer la pega del bebé (*Ibidem*). Resulta importante enseñar a la puérpera sobre esta técnica para realizar la extracción de leche manual, ya que ayuda a la salida de la leche. Para realizar la extracción manual de leche, la puérpera ha de lavar primero sus manos, sentarse y colocar su dedo pulgar en la línea superior de la areola y su dedo índice en la parte inferior de la areola, realizando presión hacia el tórax; debe presionar y soltar después, sin deslizar los dedos. Es importante explicarles que primero sale poca leche y después sale en mayor cantidad, y que mientras sale la leche deben rodar los dedos para facilitar la salida de la leche, realizando este ejercicio hasta sentir la mama blanda. Esta técnica no debe causar dolor; si éste aparece es porque no se está realizando bien (*Ibidem*). Enseñamos a todas las puérperas esta técnica con el objetivo de que pudieran conservar la leche refrigerada o congelada.

Durante el ingreso tuvimos la oportunidad de proporcionar cuidados en el ámbito de las competencias específicas de la lactancia de gemelos, así como en el ámbito del papel parental en caso de gemelos (ICNP, 2011) en dos de las puérperas. Las intervenciones que implementamos al respecto consistían en proporcionar información (criterios de opción de la mama, posiciones para amamantar gemelos), instruir y entrenar en relación a la lactancia de los mismos.

Además de las complicaciones que pueden presentarse en relación a las mamas, el EESMO debe vigilar las señales que alertan de las complicaciones más comunes que pueden aparecer en la puérpera como son la infección puerperal y la hemorragia en el puerperio, siendo esta última la causa más frecuente de muerte materna tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo (OMS, 2005). La fiebre puerperal se define como la infección que aparece en la mujer en el período de posparto como consecuencia de este. Una de cada 20 mujeres que dan a luz contrae una infección que ha de ser tratada rápidamente para no causar la muerte o dejar secuela (*Ibidem*). El EESMO tiene que estar capacitado para identificar los síntomas y signos que sugieren complicaciones como son la fiebre (es el signo más precoz y constante después de las primeras 24 horas posparto), si bien hay también causas no infecciosas que pueden sugerir complicaciones como la tensión mamaria o la reabsorción de líquidos. También tiene que conocer las posibles complicaciones para prevenirlas o tratarlas, como por ejemplo, la monitorización de la tensión arterial, la exploración de la altura del útero (involución uterina) o el sangrado abundante que permiten la detección precoz de la hemorragia puerperal. Asegurar que la puérpera realiza una técnica adecuada de higiene perineal ya que previene las infecciones.

En el RN también pueden aparecer complicaciones que alarguen la estancia tanto de él como de la puérpera. Las complicaciones más comunes que podemos encontrar son la infección del cordón umbilical, la infección en el RN y la ictericia neonatal, para las que el EESMO debe tener una actitud vigilante en cuanto a las señales de alerta que aparecen.

En lo que a la infección en el RN se refiere, la señal de alerta será un valor de Proteína C-Reactiva aumentado en los análisis de sangre, que son interpretados por los médicos y marcan el tratamiento antibiótico a seguir. Los antibióticos que se administran a infección en el RN son la Gentamicina y la Ampicilina vía endovenosa, para lo que precisábamos colocar un catéter al RN. El catéter se coloca habitualmente en una mano, protegiéndolo después con una compresa y una malla elástica para prevenir cualquier infección e impedir que se salga. Cada vez que el catéter es utilizado conviene llevar a cabo una desinfección del mismo con alcohol y secar bien antes de volver a colocar la compresa y la malla elástica. El tratamiento se mantenía hasta que los valores de PCR se normalizaban (normalmente los médicos extendían el tratamiento siete días).

En relación a la ictericia en el RN, se trata de una complicación muy frecuente, por la que su piel y la capa esclerótica de los ojos se tornan amarillas. Esto se produce por un

aumento de los valores de bilirrubina en la sangre del RN. Se estima que alrededor del 60% de los RN a término van a tener ictericia, siendo este porcentaje del 80% para los RN pre-termino. La ictericia neonatal se produce por inmadurez del sistema intestinal en el RN, que no consigue degradar aún la bilirrubina no conjugada. Por ello, resulta importante que el EESMO esté atento a la coloración de la piel del RN. De presentarse la ictericia neonatal, los cuidados dirigidos al RN se centran en el tratamiento con fototerapia, que normaliza los valores de bilirrubina en sangre. En el contexto de las prácticas, disponíamos de cunas adaptadas para la fototerapia, y llevamos a cabo esta intervención con siete de los RN que estuvieron en el servicio de Puerperio.

Otro aspecto importante que como futuros EESMO debimos considerar en todas las parejas fue la preparación para el alta. Nuestra intervención en este ámbito se centró en aportar información relativa a la continuidad de los cuidados y vigilancia tanto de la puérpera como del RN en la Unidad de Salud Familiar que les correspondiera. Por tanto, informamos de que las puérperas debían marcar una consulta entre la cuarta y la sexta semana posparto. La primera revisión de puerperio tiene como objetivo evaluar el estado tanto físico como psíquico de la puérpera. Se recomendaba a las parejas no mantener relaciones sexuales hasta haber pasado esta primera revisión de puerperio, con el objetivo de detectar posibles infecciones (Santos, F.A.P.S., 2010). También les informamos de la necesidad de marcar una consulta entre el tercero y el sexto día de vida del RN para la realización del Rastreo de Enfermedades Metabólicas, exceptuando los casos en los que ya lo hubiéramos realizado en la institución hospitalaria donde había nacido el bebé, (internamientos de 72 horas o superiores) y les recordamos que tenían que marcar la primera consulta del RN a los quince días posparto.

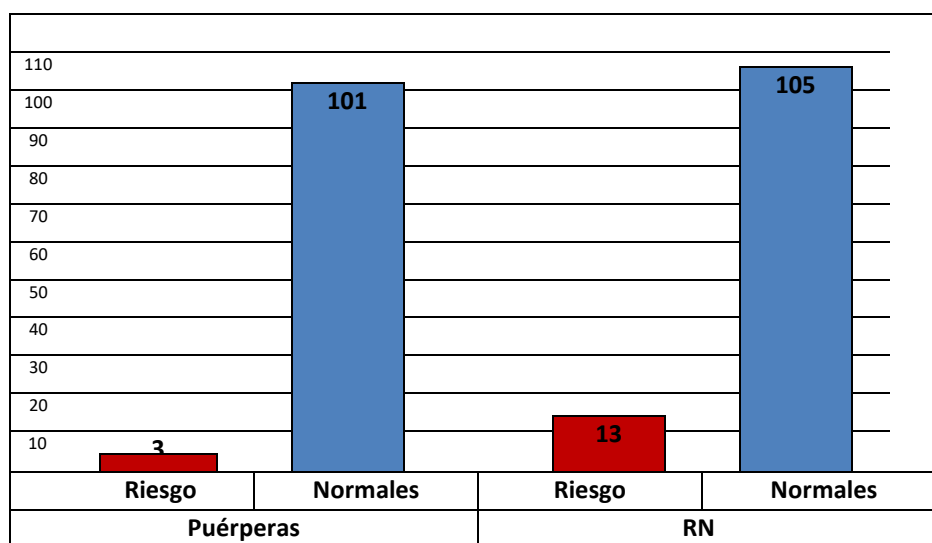
Antes de ejecutar el alta clínica nos aseguramos de que todos los bebés contaban con un dispositivo de transporte adecuado a su peso y altura y que contase con la presencia de la etiqueta E y C del código 03 ó 04. Esta etiqueta y estos dos códigos acreditan que cada silla fue testada y homologada por las normas de seguridad más actuales (DGS, 2012; APSI, 2014). En este sentido instruimos a los padres en la colocación del bebé en la silla y cómo debe ser colocada en el coche. Informábamos, asimismo, sobre el horario de atención de Urgencias, que en el Centro Hospitalario donde se realizaron las prácticas para los bebés es solamente de doce horas, de 8 de la mañana a 8 de la tarde; fuera de ese horario los padres

deben acudir al Hospital de Referencia más cercano. Sin embargo, la puérpera sí dispone de Atención de Urgencias 24 horas.

Por último, nos aseguramos de que la pareja conocía los signos de peligro que requieren una atención inmediata. La OMS (2015), estableció una lista de verificación para la seguridad del parto; ésta incluye los siguientes signos de alerta en relación a la puérpera: sangrado, dolor abdominal severo, cefalea severa, trastornos visuales, fiebre, escalofríos, dolor epigástrico y dificultad al orinar. En relación al RN, los signos de alerta son: dificultad para respirar o respiración rápida, fiebre, frialdad anormal, no mamar, menor actividad de lo normal e ictericia generalizada.

Como complemento al desarrollo de este punto representamos, en el gráfico 7, las intervenciones llevadas a cabo durante la práctica clínica.

Gráfico 7. Número de puérperas y RN de bajo riesgo y de medio/alto riesgo atendidos en la práctica clínica.



4. ANÁLISIS CRÍTICO-REFLEXIVO SOBRE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE LA PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA ADQUISICIÓN DE LAS COMPETENCIAS

Habiendo llegado al final de esta andadura, de dos años de duración, que ha supuesto un importante reto a nivel profesional y personal y en el que hemos desarrollado las competencias y habilidades específicas del EESMO, hemos procedido a realizar un profundo y reflexivo análisis sobre todo lo conseguido con nuestro trabajo, esfuerzo e interés.

Para alcanzar el grado de especialista y desarrollar este relatório, hemos tenido que ser capaces de poder demostrar una alta preparación respecto al juicio clínico y la toma de decisiones en cada una de las áreas que comprende la especialidad, para lo que fue necesario mantener una actitud constante de búsqueda de conocimientos basados en evidencia científica para apoyar la práctica clínica, la adquisición de las competencias propias de todos los enfermeros especialistas, independientemente de su área de especialización, demostradas por su alta capacidad de concepción, gestión y supervisión de cuidados a través de un apoyo eficaz a la práctica profesional especializada en la formación, investigación y asesoramiento, reguladas por la OE, en el Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, de 29.05.2010 Artículo 4º p. 3: *“São quatro os domínios de competências comuns: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais”*, así como las competencias específicas que comprenden los cuidados necesarios para atender a las personas en los procesos de salud/enfermedad en cada uno de los campos definidos para las diferentes especialidades, demostradas por medio de un alto nivel de adecuación de los cuidados a las necesidades de cada persona, definidas también por la OE en el Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, de 20.11.2010. El Decreto Ley n.9/2009, de 4 de marzo sigue la normativa europea para el ejercicio de la profesión, posibilitando a todos los profesionales especialistas en este ámbito desarrollar su actividad en los países miembros de la Unión Europea. Dicho Decreto establece un número mínimo de experiencias durante

la práctica clínica que comprenden: el acompañamiento del embarazo a 100 mujeres, la vigilancia de 40 embarazadas de riesgo, la realización de 40 partos eutócicos y la prestación de cuidados a 100 puérperas y 100 RN saludables. Además, el Decreto, recoge la necesidad de haber participado en partos pélvicos, ya sean reales o simulados. En el contexto de la práctica clínica no tuvimos la oportunidad de participar en ningún parto pélvico, aunque sí fueron llevadas a cabo simulaciones en las clases teórico-prácticas pertenecientes a la Unidad Curricular de Trabajo de Parto y Parto. Asimismo, es importante mencionar que también tuvimos la oportunidad de proporcionar cuidados a puérperas y RN de riesgo. Cabe destacar, además, que durante la práctica clínica todas nuestras actuaciones se desarrollaron siempre teniendo en cuenta el Código Deontológico de la Enfermería, elemento fundamental para nuestra práctica.

La experiencia de la práctica clínica resulta muy enriquecedora para el alumno porque a través de la misma experimenta y enfrenta diferentes situaciones y personas, permitiendo la adquisición de habilidades. La gran variedad de situaciones que tuvimos la oportunidad de vivenciar durante este periodo de formación posibilitó la consolidación de los conocimientos teóricos ya adquiridos previamente, alcanzando las competencias enunciadas por la OE y cumpliendo con los objetivos establecidos por la ESEP. Además de dichas experiencias, las tutoras orientadoras contribuyeron positivamente en este sentido, ofreciendo excelentes oportunidades para el aprendizaje.

Durante el desarrollo de nuestra práctica clínica identificamos el campo de actuación del EESMO, así como también situaciones que requirieron de intervenciones interdependientes, contactando en estos casos con el profesional competente para cada situación.

La relación establecida con los profesionales de salud, así como con las mujeres en los diferentes contextos clínicos y sus familias, contribuyó de forma positiva al desarrollo de las competencias relacionales y de la capacidad humana de cuidar ya que la enfermería se basa en la filosofía del “caring” (Watson, cit en Silva, 2007).

La práctica clínica desarrollada nos abrió nuevos horizontes y puntos de vista diferentes que con motivación, empeño e interés se convirtieron en el pilar fundamental por medio del que conseguimos alcanzar los objetivos y competencias propuestos.

En el transcurso de nuestra formación práctica también encontramos ciertos obstáculos que conseguimos afrontar y superar: el idioma, inicialmente, constituyó una

dificultad para el aprendizaje y desarrollo de intervenciones y actividades, así como también condicionó la comunicación con los profesionales, mujeres y familias. Otro obstáculo que encontramos fue la realización de planes de cuidados siguiendo la CIPE, ya que durante nuestra formación en enfermería, en España, utilizamos siempre la Clasificación Americana (NANDA). Por otro lado, también nos esforzamos por adaptarnos a los horarios tanto de comidas como de turnos de trabajo estipulados en Portugal. Finalmente, otra dificultad que encontramos está relacionada con las intervenciones y formas de proceder, que en algunos casos difieren bastante de la formación teórica, así como también algunas difieren de un país a otro, y hasta de una institución hospitalaria a otra.

Sin embargo, cabe destacar que lo que comenzó siendo dificultoso terminó siendo muy enriquecedor, aportándonos varios puntos de vista diferentes en cuanto al desarrollo de la práctica, el conocimiento de formas de proceder y establecimiento de planes de cuidados diferentes, el aprendizaje de un nuevo idioma y la convivencia y adaptación a una cultura que, aunque cercana, resulta bastante diferente. Creemos que las situaciones en las que tenemos que esforzarnos más son aquellas de las que más aprendemos y más nos aportan para un crecimiento personal y en este caso también profesional.

Por ello, consideramos que el conjunto de situaciones vividas, los diferentes tipos de personas a las que tuvimos la oportunidad de prestar cuidados y los profesionales con los que tuvimos el orgullo de practicar nos proporcionó una concepción holística tanto de los cuidados, como de las personas, valorando a cada mujer y su familia desde un punto de vista global, ya que no podemos olvidar que para alcanzar la excelencia en los cuidados es imprescindible trabajar de forma interdisciplinar, teniendo en cuenta que existen dos tipos de intervenciones: las interdependientes y las autónomas. La regulación de este tipo de actividades se encuentra recogida en el Reglamento del Ejercicio Profesional de los Enfermeros (REPE).

El presente relatório pretende demostrar que a través de las actividades desarrolladas y la práctica clínica hemos adquirido las competencias requeridas, descritas a lo largo de mismo, exigidas por la legislación vigente para el ejercicio profesional así como los objetivos fijados por la ESEP, para obtener el título del MESMO y creemos estar preparados para desempeñar las intervenciones necesarias y proporcionar atención

especializada en las áreas de Embarazo con Complicaciones, TP y Parto, Puerperio, RN y Parentalidad.

5. CONCLUSIÓN

Durante el segundo año del MESMO nos incorporamos a los equipos de enfermería, primero en el Centro Materno-Infantil do Norte (CMIN), donde desarrollamos las prácticas de cuidar mujeres en situación de embarazo con complicaciones y puerperio, así como una parte de las prácticas de TP, parto, parentalidad y atención al RN y por motivos lectivos fue necesario realizar la segunda parte de estas últimas prácticas en el Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim/Vila do Conde (CHPV/VC), por lo que hemos conocido diferentes formas de atención a las mujeres y diferentes formas de trabajo de cada uno de los equipos, dentro siempre de la buena práctica de la enfermería.

Este relatório constituye, además de la exposición de las atenciones prestadas a las mujeres durante el periodo de prácticas, también todo el proceso de adquisición y desarrollo de las competencias que nos permitieran el ejercicio de cuidados especializados.

La aplicación de los cuidados basados en la evidencia científica más actual, a través de la investigación, es fundamental en el desarrollo de la profesionalidad, pues recoge un lenguaje universal y objetivo que permite la discusión y la reflexión promoviendo la evolución de las prácticas en enfermería, consiguiendo a veces, cambiarlas.

Durante este periodo hemos comprendido la importancia y necesidad de que el EESMO realice su trabajo basándose en los conocimientos de la disciplina de la enfermería, realizando sus intervenciones de acuerdo con la evidencia científica más actual. Así también hemos aprendido que la excelencia en la atención a las pacientes y sus familias requiere del constante desarrollo de la práctica, así como de la investigación en el campo de la enfermería especializada para que las mujeres tengan una experiencia positiva en relación a su embarazo, parto y puerperio.

También hemos comprobado la importancia de la actitud, de los cuidados y del apoyo emocional del EESMO a la mujer durante el TP y parto para favorecer una relación de empatía entre ambos que se traduce, en la mujer, en confianza hacia el EESMO, lo que favorece todo este proceso.

Analizando el camino recorrido a lo largo de estos dos años de formación, creemos estar preparadas para prestar la atención necesaria a las mujeres a lo largo de su ciclo reproductivo, teniendo siempre en cuenta las competencias y habilidades específicas del

EESMO y apoyando la atención en la PBE, en busca siempre de la excelencia en nuestros cuidados.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). *Exercise during pregnancy and postpartum period*. Obstetrics & Gynecology, 2009, vol. 99, pp. 171-173.
- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). *Induction of labor*. Practice Bulletin No. 107. Obstetrics & Gynecology, 2009, vol. 114, pp. 386–397.
- ALMEIDA, M. y SILVA, I. *Necessidades de mulheres no puerpério imediato em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil*. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 2008, vol. 42, nº 2, pp. 347-354.
- ASKIN, D.F. *Complications in the transition from fetal to neonatal life*. Journal of Obstetric, Gynecology & Neonatal Nursing, 2002, vol. 31, nº 3, pp. 318-327.
- ASSOCIAÇÃO PARA A PROMOÇÃO DA SEGURANÇA INFANTIL (APSI). Lisboa, 2014. Disponible en: <<http://apsi.org.pt>>
- ATHANASSOPOULOS, A., CREAGH, T. y McMILLAN, W. *Necrotizing fascitis after the post partum diastasis of the symphysis pubis*. The New Zealand Medical Journal, 2006, vol. 119, p. 1247.
- AYENI, O.G., OLANIYI, O., JOVITA, D.A., ETHELBERT, O.O. y CHUKWUEMEKA, OC. *Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) in the management of peripartum diastasis symphysis pubis (SPD): cases report*. Indian Journal of Physiotherapy & Occupational Therapy, 2015, vol. 9, pp. 221-225.
- AYRES-DE-CAMPOS, D., MONTENEGRO, N., RODRIGUES, T. *Protocolos de Medicina Materno-Fetal*. Lisboa-Porto: Lidel 2ª ed., 2008, pp. 165-167.
- AYRES-DE-CAMPOS, D. y BERNARDES, J. *Twenty-five years after the FIGO guidelines for the use of fetal monitoring. A time for a more simplified approach?* Journal of Obstetrics and Gynaecology, 2010, vol. 110, nº 1, pp. 1-6.
- BECK, D., GANGES, F., GOLDMAN, S. Y LONG, P. *Care of the Newborn: Reference Manual*. Save the Children Federation. Washington, 2004, p. 52.

- BEZARES, B., SANZ, O. y JIMÉNEZ, I. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Virgen del Camino. Pamplona. *Patología puerperal*. Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 2009, vol. 32, supl. 1, pp. 169-175.
- BHARDWAJ, A. y NAGANDLA, K. *Musculoskeletal symptoms and orthopaedic complications in pregnancy: Pathophysiology, diagnostic approaches and modern management*. Postgraduate Medical Journal, 2014, vol. 90, pp. 450–460.
- BOCCOLINI, C.S., DE CARVALHO, M.L., DE OLIVEIRA, I.C. y PÉREZ-ESCAMILLA, R. *A amamentação na primeira hora de vida e mortalidade neonatal*. Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro, 2013, vol. 99, nº 2, pp. 131-136.
- BOGUSZEWSKI, M., MERICO, V., BERGADA, I., DAMIANI, D., BELGOROSKY, A., GONZÁLEZ, P., ORTIZ, T., LLANO, M., DOMENE, HM., CALZADA-LEÓN, R., BLANCO, A., BARRIENTOS, M., PORCEL, P., LLANES, R. y JARAMILLO, O. *Consenso Latinoamericano: niños pequeños para la edad gestacional*. Revista Chilena de Pediatría, 2012, vol. 83, nº 6, pp. 620-634.
- BRITO, R., OLIVEIRA, E. y CARVALHO, F. *Percepção do homem sobre o pós-parto da mulher/companheira*. Revista Eletrônica de Enfermagem, 2008, vol. 10, nº 4, pp.1072-1079. Disponible en: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a20.htm>.
- BUJOLD, E., ROBERGE, S., LACASSE, Y., BUREAU, M., AUDIBERT, F., MARCOUX, S., FOREST, J.C. y GIGUÈRE, Y. *Prevention of preeclampsia and intrauterine growth restriction with aspirin started in early pregnancy*. Obstetric & Gynecology, 2010, vol. 116, pp. 402-414.
- BURROUGHS, A. *Uma introdução à enfermagem materna*. 6ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- CAMPOS, D.A., MONTENEGRO, N. y RODRIGUES, T. *Protocolos de medicina materno-fetal*. 2ª ed. Lisboa-Porto: Lidel; 2012.
- CANTILINO, A., FONSECA, C., BOTELHO, E. y RENNO, J. *Transtornos psiquiátricos no pós-parto*. Revista de Psiquiatria Clínica, 2010, vol. 37, nº 6, pp. 278-284.
- CARDOSO, A. *Tornar-se mãe, Tornar-se pai Estudo sobre a avaliação das Competências Parentais*. Porto, 2011. Tese de Doutorado.
- CARVAJAL, O.H.E., VACA P.C.S. y RAMÍREZ C.C.M. *Examen de pelvimetría y pelvigrafía en el peritaje de obstetricia legal, en casos de distocias de parto por causa materna*. Archivos Bolivianos de Medicina, 2014, vol. 21, pp. 37-57.
- CENTENO, M. *Puerpério e lactação*. En: Graça LM, Ed. Lisboa; Lidel, 2005, pp. 327-332. Medicina Materno-Fetal, 3ª ed.

- CHANG, J.L.; WU, V. *External fixation of pubic symphysis diastasis from postpartum trauma*. Orthopedics, 2008, vol. 31, p. 493.
- CHAUAN, S., GUPA, L.M., HENDRIX, N.W. y BERGHELLA, V. *Intrauterine growth restriction: comparison of American College in Obstetrics and Gynecologist*. Practice bulletin with other national guidelines. American Journal of Obstetrics & Gynecology, 2009, vol. 200, nº 4, p. 409.
- CIÇEK, H., KESKIN, L., TUHANIOGLU, Ü., KILICARSLAN, K. y ULAS OGUR, H. *Simultaneous disruption of the pubic symphysis and sacroiliac joint during vaginal birth*. Case Reports in Orthopedics, 2015. Disponible en: <<http://dx.doi.org/10.1155/2015/812132>>.
- CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID) 10ª revisão.
- CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM CIPE/ICNP. Associação Portuguesa de Enfermeiros, Lisboa, 2011.
- CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM CIPE/ICNP. Associação Portuguesa de Enfermeiros, Lisboa, 2015.
- CONSELHO DE ENFERMAGEM. Parecer nº 117/2009. *Utilização de cinta durante o Puerpério*, 2009.
- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS. ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE). *Combater a desigualdade: da evidência à acção*. International Council of Nurses, 2012, pp. 9-10.
- CRUZ, J., HERNÁNDEZ, P., YANES, M. e ISLA, A. *Factores de riesgo de preeclampsia: enfoque inmunoendocrino. Parte I*. Revista Cubana de Medicina General Integral. Ciudad de La Habana, 2007, vol. 23, nº 4. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252007000400012>
- CUETO-CALLEJÓN, M., TEULÓN GONZÁLEZ, M., SÁNCHEZ-ROBLES HURTADO, G., BALLESTEROS MASSO, R. y MIRANDA SERRANO, P. *Diástasis traumática de pubis en gestante a término*. Progresos de Obstetricia y Ginecología, 2010, vol. 53, pp. 112-115.
- CUNNINGHAM, F.G., LEVENO, K.J., BLOOM, S.L., HAUTH, J.C., ROUSE, D.J. y SPONG, C.Y. *Obstetrícia de Williams*. Ed. McGraw-Hill Interamericana, 23ª ed. Brasil, 2011.
- DA SILVA OLIVEIRA, G.K., FREIRE, F.B., BARBOSA, F.K.R. y ROCENO, O.E. *Intervenções de Enfermagem nas adaptações fisiológicas da gestação*. Veredas Favip. Revista Eletrônica de Ciências, 2010, vol. 3, nº 1.

- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (DGS). *Plano Nacional de Vacinação 2012*. Ed. Revista e actualizada. Lisboa. Jan, 2012.
- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (DGS). *Programa Nacional de Saúde Reprodutiva*. Ed. Revista e actualizada. Lisboa, 2008.
- DUNBAR, R.P. y RIES, A.M. *Puerperal diastasis of the pubic symphysis*. Journal of Reproductive Medicine, 2002, vol. 47, pp. 581-583.
- ERICKSON, D., LOW, J. y SHUMWAY, J. *Management of postpartum diastasis of the pubic symphysis*. Orthopedics, 2016, vol. 39, pp. 367-369.
- FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA (FIGO). *Comité de aspectos éticos de la reproducción humana y la salud de las mujeres*. 2015.
- FIDAN, T., ULUBAY, M.; KESKIN, T., FIRATLIGIL, F.B.; KARASAHIN, K.E., EGE, T. y ERGÜN, A. *Postpartum symphysis pubis separation*. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 2013, vol. 92, pp. 1336-1337.
- FRASER, W. D., TURCOT, L., KRAUSS, I. y BRISSON-CARROL, G. *Amniotomy for shortening spontaneous labour*. Cochrane Database Systematic Review, nº 3, 2006.
- FRED, K., y BERGER, M.D. *Addiction and forensic psychiatrist*, Scripps Memorial Hospital, La Jolla, CA. Also reviewed by David Zieve, MD, MHA, Isla Ogilvie, PhD, and the A.D.A.M. Editorial team, 2016.
- FREIRE, V.E., IGLESIA, L.A., CORRAL, L.C. y CANEDO, C.M.E. *Dolor pélvico en la embarazada: la disfunción de la sínfisis púbica. Revisión de la literatura*. Revista de la Sociedad Española del Dolor, 2010, vol. 17, pp. 321-325.
- FREITAS, F., MARTINS-COSTA, S.H., RAMOS, J.G.L. y MAGALHÃES, J.A. *Rotinas em obstetrícia*, 4ª ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001.
- FRIEDMAN, A. y CLEARY, K. *Prediction and prevention of ischemic placental disease*. Seminars in Perinatology, 2014, vol. 38, pp. 177-182.
- GARCÍA CARRASCOSA, L. *El miedo al dolor en el parto y cómo afecta a su desarrollo. Importancia del parto natural*. 7ª ed., Madrid, 2010.
- GARDOSI, J. *Intrauterine growth restriction: new standards for assessing adverse outcome*. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, 2009, vol. 23, nº 6, pp. 741-749.
- GASPAR, C.N y NASCIMENTO, M.J.P. *Repercussões da Diabetes materna para o neonato*. Revista Enfermagem UNISA, 2004, vol. 5, pp. 57-64.

- GILLAU, C., EBOUE, C., HERLICOVIEZ, M. y DREYFUS, M. *Antécédent de disjonction pubienne et modalités d'accouchement. History of pubic symphysis separation and mode of delivery.* Journal de Gynecologie Obstetrique et Biologie de la Reproduction, 2011, vol. 40, pp. 73-76.
- GONZÁLEZ, DC. *Síndrome Hellp. Actualización.* Revista Cubana de Hematología e Inmunología y Hemoterapia, 2007, vol. 23, nº 1.
- GRAÇA, L.M. *Medicina Materno-Fetal*, 4ª ed. Lisboa: Lidel, 2010.
- GUEDES-MARTINS, L., REIS, A. P., AREIAS, M. J., SOUSA, F., LEMONS, P. y BRAGA, J. Centro Hospitalar do Porto. *Protocolo de orientação clínica. Doenças Hipertensivas da gravidez Pré-eclampsia.* Unidade maternidade Júlio Dinis. Serviço de Obstetrícia, 2013, pp. 1-10.
- GUPTA, J.K., HOFMEYR, G.J. y SHEHMAR, M. *Position in the second stage labour for women without epidural anaesthesia.* Cochrane Database Systematic Review. 2012 May.
- GUZMÁN-JUÁREZ, W., ÁVILA-ESPARZA, M., CONTRERAS-SOLÍS, R.E. y LEVARIO-CARRILLO, M. *Factores asociados con hipertensión gestacional y preeclampsia.* Ginecología y Obstetricia de México, 2012, vol. 80, nº7, pp. 461-466.
- HENRY, L. *Chiropractic management of postpartum pubic symphysis diastasis: A case report.* Journal of the Canadian Chiropractic Association, 2015, vol. 59, pp. 30-36.
- HERREN, C., SOBOTTKE, R., DADGAR, A., RINGE, M.J., GRAF, M., KELLER, K., EYSEL, P., MALLMANN, P., y SIEWE, J. *Peripartum pubic symphysis separation-Current strategies in diagnosis and therapy and presentation of two cases.* Injury, 2015, vol. 46, pp.1074-1080.
- HOCKENBERRY, M. J., WILSON, D. y WINKELSTEIN, W. *Fundamentos de Enfermagem Pediátrica.* 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.
- HOSPITAL ALEMÁN NICARAGUENSE (HAN). *Evaluación del riesgo obstétrico en la embarazada.* 2012.
- IDREES, A. *Management of chronic symphysis pubis pain following child birth with spinal cord stimulator.* Journal of the Pakistan Medical Association, 2012, vol. 62, pp. 71-73.
- INTERNATIONAL FEDERATION OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS (FIGO). SHNH COMMITTEE. FIGO GUIDELINES: *Prevention and treatment of postpartum hemorrhage in low-resource settings.* International Journal of Gynecology and Obstetrics, 2012, vol. 117, pp. 108-118.
- JACOB, A. *A comprehensive textbook of Midwifery and Gynecological Nursing.* 3ª ed. Nueva Dheli: Jaypee Brothers Medical Publishers, 2012.

- JAIN, N. y STERNBERG, L.B. *Symphyseal separation*. Obstrectics & Gynecology, 2005, vol. 105, pp. 1229-1232.
- JAIN, S., EEDARAPALLI, P., JAMJUTE, P. y SAWDY, R. *Symphysis pubis dysfunction: a practical approach to management*. The Obstetrician & Gynaecologist, 2006, vol. 8, pp. 153-158.
- JAYARAMAN, K., GANAPATHY, P. e INDIR, N. *Post-Partum Diastasis of the Pubic Symphysis: Report of a Rare Case*. Journal of Clinical & Diagnostic Research, 2015, vol. 9, pp. 9-10.
- JONG, P. R., JOHANSON, R.B., BAXEN, P., ADRIANS, V.D., van der WESTHUISEN, S. y JONES P.W. *Randomised trial comparing the upright and supine positions for the second stage of labour*. British Journal of Obstetrics Gynaecology, 1997, vol. 104, nº 5, pp. 567-571.
- JOOSOPH, J., y KWEK, K. *Symphysis pubis diastasis after normal vaginal birth: a case report*. Annals of the Academy of Medicine, 2007, vol. 36, pp. 83-85.
- KARLSSON, H. y PÉREZ SANZ, C. *Hemorragia postparto*. Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 2009, vol. 32, supl. 1, pp. 157-167.
- KERIAKOS, R., BHATTA, S.R., MORRIS, F., MASON, S. y BUCKLEY, S. *Pelvic girdle pain during pregnancy and puerperium*. Journal of Obstetrics and Gynecology, 2011, vol. 31, pp. 572-580.
- KHORASHADI, L., PETSCAVAGE, J.M y RICHARDSON, M.L. *Postpartum symphysis pubis diastasis*. Radiology Case Reports, 2011, vol. 6, p. 542.
- LAROUSSE DEL EMBARAZO. Diccionario enciclopédico vol.1, Barcelona: Vox, 2009.
- Lei nº 9/2009, de 4 de Março. *Gabinete Jurídico e Contencioso. Legislação Farmacêutica Compilada*. INFRAMED. 2009.
- LEMUS, B.O. *Atención de enfermería en el puerperio*. En: Enfermería Ginecoobstétrica, Socarrás, I.N. La Habana: Ecimes, 2009, pp. 319-343.
- LEVY, L. y BERTOLO, H. *Manual de aleitamento materno*. Comité português para a UNICEF. Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés. Lisboa, 2012.
- LEYVA, B.H., TREJO Y PEREZ J.A., DÍAZ, R.D., ESTRADA, L.V. y SANDOVAL, P.T. *Guía práctica para la atención prenatal*. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2003, vol. 41, nº 1.
- LIN, T.Y., CHIU, K.M., SHIEH, J.S. y CHU, S.H. *Emergency redo mitral valve replacement in a pregnant Woman at Third Trimester. Case Report and Literature Review*. Circulation Journal, 2008, vol. 72, pp. 1715-1717.

- LOWDERMILK, D. y PERRY, S. *Enfermagem na Maternidade*, 7ª ed. Loures: Lusodidacta, 2008.
- LUCCHINI RAIES, C., MÁRQUEZ DOREN, F. y URIBE TORRES, C. *Efectos del contacto piel con piel del recién nacido con su madre*. Index de Enfermería, 2012, vol. 21, nº4. Disponible en:<http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962012000300007&lng=es&nrm=iso>.
- MARKH, A. y STERN, M. *A case of postpartum pubic symphysis diástasis and the role of physiatry in restoring function*. American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation, 2015, supl, pp. 63-64.
- MAULIK, D. *Fetal Growth Restriction. The Etiology*. Clinical Obstetrics & Gynecology, 2006, vol. 49, nº 2, pp. 228-235.
- MCDONALD, S.J., MIDDLETON, P., DOWSWELL, T. y MORRIS, P.S. *Efecto del momento de pinzamiento del cordón umbilical en recién nacidos a término sobre los resultados de la madre y el neonato*. Cochrane Database Systematic Review. Julio 2013.
- MELLO, A. y NEME, B. *Puerpério: fisiologia e assistência*. En: Obstetrícia Básica. São Paulo: Servier, 2000, pp. 158-165.
- MENDES, K. D. S., SILVEIRA, R. C. y GALVÃO, C. M. *Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem*. Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, 2008, vol. 17, nº 4, pp. 758-764.
- MÉNDEZ-BAUER, C., ARROYO, J. y GARCÍA-RAMOS, C. *Effects of standing position on spontaneous uterine contractility and other aspects of labor*. Journal of Perinatal Medicine, 1975, vol. 3, nº 2, pp. 89-100.
- MESA DO COLÉGIO DE ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA. Parecer nº 23/2011. *Procedimento de cuidados perineais à puérpera durante o internamento hospitalar*. 2011. Ministério da Saúde. Parto, Aborto e Puerpério. Assistência Humanizada à Mulher. Brasil. 2001.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Parto, Aborto e Puerpério. Assistência Humanizada à Mulher*. Brasília, 2001.
- MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. ESPAÑA. *Enfermería Maternal del Recién Nacido II. Parte 1. Problemas de salud durante la gestación. Retraso de crecimiento intrauterino. Tipos de RCIU. Conducta obstétrica. Actuación de la matrona*, 2009, vol. 4, pp. 402-403.

- MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. *Programa formativo de la Especialidad de Enfermería Obstétrica Ginecológica (Matrona)*. Enfermería Maternal y del Recién Nacido I. Parte 3. Parto. Puerperio y Lactancia. Recién Nacido. 2009, vol. 3.
- MONTENEGRO, C. A. B. y REZENDE FILHO, J. Rezende *Obstetrícia Fundamental*. 12ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.
- MORAL, T. M., RUIZ, A. R., ALONSO, M. M., MÁRQUEZ, G. G. y ODRIOZOLA, F. JM. *Two cases of postpartum pubis diastasis mistaken for neurological complications of epidural analgesia*. Revista Española de Anestesiología y Reanimación, 2004, vol. 51, pp. 448-451.
- MOREIRA DE SÁ, RA., ALVES DE OLIVEIRA, CA., PEIXOTO-FILHO, FM. y LOPES, LM. *Predição e prevenção do crescimento intrauterino restrito*. Revisão sistematizada, 2009, Femina, vol. 37, nº 9, pp. 511-514.
- MUNJIN, M., ILABACA, F. y ROJAS, J. *Dolor lumbar relacionado al embarazo*. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, 2007, vol. 72, pp. 258-265.
- NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE). *Postnatal care: routine postnatal care of women and their babies*. Royal College of General Practitioners. Londres, 2006.
- NEUTZLING, V. *Contracepção e saúde da mulher no puerpério* Dissertação de Mestrado. Pelotas, Brasil. Universidade Católica de Pelotas, 2004.
- NEVES, C.M. *Novas recomendações na prevenção da morte súbita do lactente*. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 2011, vol. 27, pp. 566-568.
- NITSCHKE, J.K. y HOWELL, T. *Peripartum pubic symphysis separation: a case report and review of the literature*. Obstetric Gynecology Survey, 2011, vol. 66, pp. 153-158.
- OKAFOR, U. y SOKUMBI, T. *Physiotherapy management of sub-acute postpartum diastasis of pubic symphysis: a case report*. Journal of the Nigeria Society of Physiotherapy, 2009, vol. 17, pp. 37-40.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE). *Investigação em Enfermagem: Tomada de posição*, p. 1. Lisboa, 26 de Abril de 2006.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. Lisboa, 2010.

- ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE). *Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista*. Regulamento aprovado na Assembleia Geral de 29 de Maio de 2010. Art. 4º. p. 3.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE). *Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. Regulamento aprovado na Assembleia Geral Extraordinária de 20 de Novembro de 2010. Art 4º. p. 2.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE). *Regulamento de competências específicas do Enfermeiro ESMO*. nº 127/2011.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, 2011.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica do Enfermeiro*. Aprovado na Assembleia Geral Extraordinária de 22 de Outubro de 2011.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Informe sobre la salud en el mundo. Arriesgarse a morir para dar vida*. Cap. 4. 2005.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *La lactancia materna elemento clave para reducir la mortalidad infantil. Énfasis en los Diez pasos hacia una feliz lactancia natural durante la Semana Mundial de la Lactancia Materna*. Ginebra, 2010.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Nutrición del lactante y niño pequeño*. Resolución WHA A55/15.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) *Orientações estratégicas europeias para o fortalecimento da Enfermagem e Enfermagem da Saúde Materna e Obstétrica em relação às metas de Saúde 2020*.
- PARKER, J. M. y BHATTACHARJEE, M. Images in clinical medicine. *Peripartum diastasis of the symphysis pubis*. New England Journal of Medicine, 2009, vol. 36, p. 1886.
- PEARSON, A., WIECHULA, R., COURT, A. y LOCKWOOD, C. *O modelo de cuidados de saúde baseados na evidência do Instituto Joanna Briggs*. Referencia, 2010 mar;II (12), pp. 123-133. Disponible en: < <http://www.index-f.com/referencia/2010/12-123133.php>>.

- PENA OUTEIRIÑO, J.M., RODRÍGUEZ PÉREZ, A.J., VILLODRES DUARTE, A., MÁRMOL NAVARRO, S. y LOZANO BLASCO, J.M. *Tratamiento de la disfunción del suelo pélvico*. Actas Urológicas Españolas, 2007, vol. 31, nº 3, pp. 719-731.
- PEREIRA, G., BATISTA, E. M. y FANTINAT, A. M. *Estudo de caso de uma paciente com diástase da sínfise púbica*. Revista Movimenta, 2013, vol. 6, nº 1, pp. 443-447.
- PETRONILHO, F. *Autocuidado Conceito Central da Enfermagem*. Formação e Saúde, Ltd. 2012.
- PIMIENTO INFANTE, L.M. y BELTRÁN AVEDAÑO, M.A. *Restricción del crecimiento intrauterino: una aproximación al diagnóstico, seguimiento y manejo*. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. Revisión. 2015, vol. 80, nº 6.
- PIRES, R., LABRONICI, P.J., GIORDANO, V., KOJIMA, K.E., KFURI, M., BARBISAN, M. y WAJNSZTEJN, A. *Intraparto pubis sínfise interrupción*. Annals of Medical & Health Sciences Research, 2015, vol .5, pp. 476-479.
- POPE, S., WATTS, J., EVANS, S., MCDONALD S. y HENDERSON J. *Postnatal depression: a systematic review of published scientific literature to 1999: an information paper*. NHMRC. Camberra, 2000.
- QUIROGA, C.I. *Comparación histórica de la mortalidad materna por hipertensión arterial en el embarazo*. Valladolid. Universidad de Valladolid. Trabajo de fin de grado, 2013-2014.
- RAYGOZA, C.E., CAZARES, M.A., LUNA, M.S. y GALLEGOS, M.E. *Cuidados de enfermería en el puerperio*, 2010. Disponible en: <<https://es.slideshare.net/CLAU2009/cuidados-de-enfermeria-en-el-puterperio>>
- REGULAMENTO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS (REPE). *Decreto-Lei no. 161/96, de 4 de Setembro*.
- REYES, M.E., MOTTA, R.G.A. y GONZÁLEZ, B.O. *Diástasis traumática de la sínfisis del pubis*. Acta Médica Grupo Angeles, 2014, vol. 2, pp. 152-153.
- REZENDE, J. *O puerpério. Estudo clinico e assistência*. En: Obstetrícia. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995, pp. 356-369.
- RICCI, S.S. y KYLE, T. *Maternity and Pediatric Nursing*. Philadelphia: Lippincott Wilkins, 2009.
- ROJAS, F.A. *Embarazo de alto riesgo obstétrico*. Unidad de San Juan. Ginecoobstetricia. Sitio destinado a la salud de la mujer. 2006. Disponible en: <<http://unidadmedicasanjuan-ginecoobstetricia.blogspot.com.es/2006/08/embarazo-de-alto-riesgo-obstetrico.html>>.

- ROMANI, F. *Reporte de caso y serie de casos: una aproximación para el pregrado*. Ciencia e Investigación Médica Estudiantil Latinoamericana, 2010, vol.15, pp. 46-51.
- RUSTAMOVA, S., PREDANIC, M., SUMERSILLE, M. y COHEN, W.R. *Changes in symphysis pubis width during labor*. Journal of Perinatal Medicine, 2009, vol. 37, pp. 370-373.
- SABATINO, H. *Análise crítica dos benefícios do parto normal em distintas posições. Orientações para a prática nos serviços*. Revista Tempus Actas Saúde Coletiva, 2010, vol. 4, nº 4, pp. 143-148.
- SAEED, F., TRATHEN, K., WANT, A., KUCHERIA, R. y KALLA, S. *Pubic symphysis diastasis after an uncomplicated vaginal delivery: a case report*. Journal of Obstetrics and Gynaecology, 2015, vol. 35, pp. 746-747.
- SANTOS, E. *Puerpério normal. Enfermagem Obstétrica e neonatológica: textos fundamentais*. 2ª ed. Florianópolis, Cidade Futura, 2002, pp. 117-133.
- SANTOS, F.A.P.S. *Vivência de mulheres no puerpério: significado atribuído à revisão pós-parto*. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências da Saúde, 2010. Tese de Mestrado.
- SERVICIO ANDALUZ DE SALUD (SAS). *Complicaciones en el trabajo de parto y alumbramiento. Problemas de salud en el puerperio. El recién nacido con problemas de salud*. Programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica. Enfermería maternal y del Recién Nacido II. 2015, vol. 5, parte 2, pp. 387-394.
- SETH, S., DAS, B. y SALHAN, S. *A severe case of pubic symphysis diastasis in pregnancy*. European Journal of Obstetrics, Gynecology, & Reproductive Biology, 2003, vol. 106, pp. 230-232.
- SHIM, J-H. y OH, D.W. *Case report: Physiotherapy strategies for a woman with symphysis pubis diastasis occurring during labor*. Physiotherapy, 2012, vol. 98, pp. 89-91.
- SHIPPEY, S., ROTH, J. y GAINES, R. *Pubic symphysis diastasis with urinary incontinence: collaborative surgical management*. International Urogynecology Journal, 2013, vol. 24, pp. 1757-1759.
- SILVA, L., NAKANO, A., GOMES, F. y STEFANELLO, J. *Significados atribuídos por puérperas adolescentes à maternidade: autocuidado e cuidado com o bebê*. Texto Contexto Enfermagem 2009, vol. 18, nº 1, pp. 48-56.
- SMYTH, R.M.D., MARKHAM, C., y DOWSWELL, T. *Amniotomy for shortening spontaneous labour*. The Cochrane Library, 2013.

- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA (SEGO). *Protocolos asistenciales en Obstetricia. Control prenatal del embarazo normal*, 2010.
- SVELATO, A., RAGUSA, A., PERINO, A. y MERONI, M. G. *Is x-ray compulsory in pubic symphysis diastasis diagnosis?*. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 2014, vol. 93, p. 219.
- SVELATO, A., RAGUSA, A., SPINOSO, R., FIORINO, F., CALAGNA, G., FORLANI, F. y PERINO, A. *Postpartum pubic symphysis diastasis: a case report and review of literatura*. *Italian Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 2014, vol. 26, pp. 25-28.
- TEIXEIRA, A., ROCHA, G. y GUIMARÃES, H. *Transição fetal-neonatal no recém-nascido de muito baixo peso*. Hospital São João, Porto. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2007.
- THOMAS, L. Medical News. *Life sciences Kegel/Exercício de Assoalho Pélvico*, 2016. Disponible en: <[http://www.news-medical.net/health/Kegel-Pelvic-Floor-Exercise-\(Portuguese\).aspx](http://www.news-medical.net/health/Kegel-Pelvic-Floor-Exercise-(Portuguese).aspx)>
- TOPUZ, S., CITIL, I., IYIBOZKURT, A.C., DURSUN, M., AKHAN, S.E. y HAS, R. *Pubic symphysis diastasis: imaging and clinical features*. *European Journal of Radiology. Extra*, 2006, vol. 59, pp. 127-129.
- URRACA-GESTO, M. A., PLAZA-MANZANO, G., FERRAGUT-GARCIAS, A., PECOS-MARTIN, D., GALLEGU-IZQUIERDO, T. y ROMERO-FRANCO, N. *Diastasis of symphysis pubis and labor: Systematic review*. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 2015, vol. 52, pp. 629-640.
- VARELA, C.S.V.D.J. *Assistência de Enfermagem no puerpério em Unidade de Atenção Básica: incentivando o autocuidado*. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Florianópolis, 2007.
- VERGARA, G. *Protocolo de Placenta Previa*. Maternidad Rafael Calvo, 2009. Disponible <<http://docplayer.es/4903487-Protocolo-placenta-previa-elaborado-por-dr-guillermo-vergara-sagbini-sub-gerencia-cientifica-ese-clinica-maternidad-rafael-calvo.html>>
- VLEEMING, A., ALBERT, H.B., OSTGAARD, H.C., STURESSON, B. y STUGE, B. *European guidelines for the diagnosis and treatment of pelvic girdle pain*. *European Spine Journal*, 2008, vol. 17, pp. 794-819.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Postpartum care off the mother and newborn: a practical guide*, 1998.

- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Kramer, M.S, y Kakuma R. *The optimal duration of exclusive breastfeeding*, 2001.
- YOO, J.J., HAY. C., LEE, Y. K., HONG, J. S., KANG, B-J., KOO y KYUNG-H. *Incidence and risk factors of symptomatic peripartum diástasis of pubic symphysis*. Journal of Korean Medical Science, 2014, vol. 29, pp. 281-286.
- ZUPAN, J., GARNER, P. y OMARI, A. *Topical umbilical cord care at birth*. Cochrane Database Systematic Reviews. 2004.